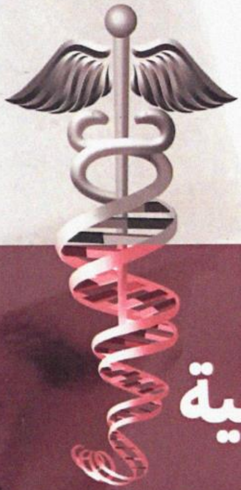
المركز القومى للترجمة



دافيد ج. بالارد

التوصل للرعاية الصحية بطريقة "ستيب"

2855

المحررون المساعدون:

نيل س. فليمنج

جويل ت. أليسون

بول ب. كونفرى

روز مارى لوكوير

تمهيد:

دافيد ب. ناش

ترجمة

مصطفى إبراهيم فهمى

التوصل للرعاية الصحية
بطريقة "ستيب"

المركز القومى للترجمة
تأسس فى أكتوبر ٢٠٠٦ تحت إشراف: جابر عصفور
مدير المركز: أنور مغيث

- العدد: ٢٨٥٥
- التوصل للرعاية الصحية بطريقة "ستيب"
- دافيد بالارد
- نيل س. فليمنج، وجويل ت. أليسون، وبول ب. كونفرى، وروزمارى لوكوير
- دافيد ب. ناش
- مصطفى إبراهيم فهمى
- الطبعة الأولى 2018

هذه ترجمة كتاب:

Achieving STEEEP Health Care
Edited by: David J. Ballard
Associate Editors:
Neil S. Fleming, Joel T. Allison, Paul B. Convery, & Rosemary Luquire

شارع الجبلاية بالأوبرا– الجزيرة– القاهرة. ت: ٢٧٣٥٤٥٢٤ فاكس: ٢٧٣٥٤٥٥٤
El Gabalaya St. Opera House, El Gezira, Cairo.
E-mail: nctegypt@nctegypt.org Tel: 27354524 Fax: 27354554

التوصل للرعاية الصحية
بطريقة "ستيب"

المحرر: دافيد ج. بالارد

المحررون المساعدون: نيل س. فليمنج

جويل ت. أليسون

بول ب. كونفرى

روزمارى لوكوير

تمهيد: دافيد ب. ناش

ترجمة: مصطفى إبراهيم فهمى

2018

بطاقة الفهرسة
إعداد الهيئة العامة لدار الكتب والوثائق القومية
إدارة الشئون الفنية

التوصل للرعاية الصحية بطريقة "ستيب"؛ تحرير: دافيد ج. بالارد... (واخ)؛ تمهيد دافيد ب. ناتش؛ ترجمة: مصطفى إبراهيم فهمى.
ط١، القاهرة، المركز القومى للترجمة، ٢٠١٨
٤٥٦ ص، ٢٤ سم

١- الرعاية الصحية.

(أ) بالارد، دافيد ج.	(محرر مشارك)
(ب) ناش، دافيد ب.	(مقدم)
(جـ) فهمى، مصطفى إبراهيم	(مترجم)
العنوان	٣٦٢,١

رقم الإيداع : ١٧٠٢١ / ٢٠١٧
الترقيم الدولى : 978-977-92-1203-6
طبع بالهيئة العامة لشئون المطابع الأميرية

الفهرس

(*) مصطلح **STEEP** كما سيتضح فيما يلى يتكون من الحروف الأولى لكلمات بالإنجليزية ويقصد به طريقة معينة للرعاية الطبية. هناك كلمة أخرى بالإنجليزية **Steep** بمعنى شديد الانحدار، والكلمة هكذا فيها جناس ناقص مع المصطلح. (المترجم)

القسم الثالث

التوصل للرعاية بطريقة "ستيب"

القسم الرابع

الرعاية بطريقة "ستيب" فى الممارسة : خطوط الخدمة والخطوط الأخرى للشغل (البيزنس)

تمهيد

لا يعد من الأسرار أن نظامنا للرعاية الصحية وصل إلى مفترق للطرق. نحن كأمة، يجب أن نقرر كيف ننفذ لائحة حماية المريض والرعاية التى يمكن تحمل تكلفتها أو اختصارًا لائحة بباكا PPACA(*) التى تم إصدارها كقانون فى ٢٠١٠. نحن نأمل عن طريق تنفيذه أن نتوصل إلى "الهدف الثلاثى" وهو تحسين ممارسة رعاية المريض (بما فى ذلك الجودة، والقدرة على التوصل للرعاية، وأن تكون مما يعتمد عليه)، وتحسين صحة السكان، وتخفيض تكلفة الرعاية الصحية لكل نسمة من السكان.

بينما يرى الكثيرون من الخبراء أن "الهدف الثلاثى" يعمل "كالإطار التنظيمى" لقانون "بباكا"، فليس هناك إلا منظمات قليلة قد أبدعت البنية التحتية، والأهم من ذلك أن تكون قد أرست الإرادة التنظيمية، لتنفيذ أهدافه المهمة. إحدى هذه المنظمات القليلة هى "منظمة بايلور للرعاية الصحية"، (مبرص: BHCS)(**)

هكذا فإن الولايات المتحدة تحتاج إلى رسم خريطة مسار لتنفيذ نظام للرعاية الصحية يعمل عن طريق إدارة صحة السكان، ويفى فى الوقت نفسه باحتياجات المريض الفرد عبر الخط المتصل للرعاية. نحن فى حاجة لخريطة طريق تفصيلية لتغيير صميم ثقافة نظم توصيل الرعاية الصحية الأساسية فى بلدنا وجعلها فى وضع ملائم لإنجاز "الهدف الثلاثى".

(*) بباكا PPACA اختصار باستعمال الحروف الأولى من الكلمات الإنجليزية: **Patient Protection and Affordable Care Act.** (المترجم).

(**) BHCS اختصار بالأحرف الأولى للكلمات **Baylor Health Care System.** (المترجم)

الأنباء الطيبة أن د. بالارد وفريقه قد خلقوا، فيما أعتقد، هذه الخريطة للطريق. آمل أن تكون بقية بلدنا مستعدة لتقبل التحديات والحلول التى وضعوها.

السيرة المهنية للدكتور بالارد تعكس كالمرآة تطور مجال قياس وتحسين الجودة، ظل د. بالارد لما يقرب من ثلاثين عامًا، أثناء عمله فى منظمات قائدة مثل "مايو كلينيك" و"جامعة نورث كارولينا"، وهو يثبت عمليًا تركيزا لا يهتز فى اندفاعه أماما لقياس وتحسين ما نفعله دائمًا فى كل يوم عند سرير المريض. مسار السيرة المهنية لدكتور بالارد رمز للتقدم الذى صنعناه فى خلق علم أصلى صادق من النظريات التى تربط عملية التقدم الصناعى بجودة وأمان الرعاية الصحية. د. بالارد لديه الفكرة بأن تُنظم على المدى الطويل الصفوف لأهداف لجودة نظام صحى تكون فى خط متسق مع المجالات الستة للتقدم التى حدد خطوطها "المعهد الطبى" فى ٢٠٠١، وهذه فكرة فيها مقاربة ملهمة ومثيرة. هذه المقاربة غُلفت بمصطلح STEEEP(*) الذى يتكون من الحروف الأولى لكلمات بالإنجليزية، هى Safety, Timeliness, Effectiveness, Efficiency, Equity and Patient centerad، هذا وقد سُجل مصطلح STEEEP "ستيب" كعلامة تجارية لمنظمة "مبرص" فى ٢٠٠٧، ولم يقتصر أمر هذه المقاربة على توفير إطار تنظيمى لتحسين الجودة داخل منظمة "مبرص"، وإنما هو يشكل أيضا رسالة المنظمة فى توفير رعاية تكون آمنة، وفى الوقت المناسب، وبفعالية، وبكفاءة، وبعدالة، ومركزها هو المريض، وأن تكون رسالة لها قابلية واضحة للتعرف عليها والوصول إليها بواسطة كل أعضائها. باستيعاب أهمية هذه الأبعاد، حُفزت المنظمة كلها للتحرك فى الاتجاه الصحيح.

(*) سبقت الإشارة إلى أن كلمة **Steep** الإنجليزية، بمعنى شديد الانحدار، فيها جناس ناقص مع مصطلح "**STEEEP**".(المترجم)

يعمل كل قسم من الأقسام الرئيسية فى هذا الكتاب كعملية "غوص عميق" فى البنية التحتية والأدوات اللازمة لتوصيل الرعاية بطريقة "**ستيب**". توفر هذه الأقسام حشدًا من الأمثلة الثرية، تكون حتى على أساس خط للخدمات، بما فى ذلك رعاية المرضى الذين لهم ظروف أولويات عالية، مثل أمراض الجهاز الدورى (القلب والأوعية الدموية)، والسرطان، والسكرى.

هكذا نزجى إذن التهنئة لدكتور بالارد وفريقه لإبداعهم لخريطة طريق للتوصل إلى "الهدف الثلاثى" بالاسترشاد بقواعد "بباكا". لدى حدس قوى بأن هناك منظماحت أخرى سوف تحتضن الكتاب والرسالة التى فى الأساس منه، والتى تفيد بأنه على الرغم من أن التغيير التنظيمى والثقافى المطلوب للتوصل إلى "الهدف الثلاثى" هو تغيير واسع ويؤدى أحيانًا للتشوش، فإنه تغيير قابل للتوصل إليه.

من الذى ينبغى أن يقرأ هذا الكتاب؟ آمل متحمسا أن كل المنظمات الرئيسية للرعاية الصحية هى وقوادها سوف يعتنقون المعتقدات المهمة للرعاية بطريقة "**ستيب**". آمل أيضًا أنهم سيبدؤون الآن تثقيف مديريهم التنفيذيين والإكلينكيين، والإداريين بشأن علم تحسين الأداء، الذى وضع الأساس لتنفيذ الهدف الثلاثى . تغيير الثقافة رحلة تستغرق العقود من السنين، وإن كان الحال بكل أسف أنه لم يعد يتبقى لدينا مثل هذا النوع من الوقت. يجب أن نبدأ فى التو، وسيضعنا هذا الكتاب الآن على المسار الصحيح.

دافيد ب. ناش

تصـــدير

يصف هذا الكتاب الإستراتيجيات والتكتيكــات العمليـــة التـــى اســتخدمتها منظمة بايلور للرعاية الصحية "مبرص" للتــشغيل العمليــاتى لتوصــيل الرعايــة الــصحية بطريقـــة (ســتيب) أى بأمـــان، وفـــى الوقــت المناســـب، وبفاعليـــة، وبكفاءة، وبعدالة، وبحيث يكون مركزهـــا هـــو المـــريض . التزمـــت منظومـــة-(مبرص) بتوصيل رعاية صحية بجودة مرتفعـــة منـــذ تأســـست المنظمـــة فـــى ١٩٠٣ باعتبارها "المصحة التذكارية المعمدانية" فـــى تكـــساس. منـــذ انـــضمامى إلى منظمة "مبرص" كمـــديرها الرئيـــسى للجـــودة فـــى ١٩٩٩ ومنـــذ تأسيـــسى "لمعهد أبحاث وتقدم الرعايـــة الـــصحية"[١،٢]، ركـــزت اهتمـــامى علـــى تنميـــة وتنفيـــذ الإســـتراتيجيات لتحـــسين جـــودة الرعايـــة الـــصحية عبـــر المنظمـــة والمجتمعات التى تخدمها منظمة "مبرص" .

جذور هذا الكتاب، وكـــذلك جـــذور جهـــودى لتحـــسين جـــودة الرعايـــة الصحية، ترجع وراء إلى أواخـــر ســـبعينيات القـــرن العـــشرين، عنـــدما كنـــت طالب دراسات عليا فـــى الاقتـــصاد، وأعمـــل كباحـــث بمنحـــة "مورهيـــد" فـــى جامعة نورث كارولينا نتشابل هيـــل، وأنـــشأت وســـيلة للكـــشف عـــن إعطـــاء أذون بدخول المستشفيات، على نحو غيـــر ملائـــم لتـــستخدمها "لجنـــة مراجعـــة الانتفـــاع بالمستـــشفى التـــذكارى بنـــورث كارولينـــا". فـــى ثمانينيـــات القـــرن العشرين، عملت كطالب دكتوراه فى مدارس جامعـــة نـــورث كارولينـــا للطـــب والصحة العامة، وتعاونت مـــع إد فـــاجنر (EdWagner) الوصـــى والمـــشرف علىّ بالكلية فى وضع الخـــصائص المحـــددة وفـــى إنـــشاء التـــدخلات اللازمـــة لتحسين عملية ونتائج الرعاية الطبية عند التعامل مـــع حـــالات ارتفـــاع ضـــغط الدم[٣-٥]، ثم واصلت العمـــل مـــع دنـــيس كـــورتيز Denis Cortese، رئـــيس

لجنة الممارسة الإكلينيكية بمايو كلينك، وذلك من أجل تشكيل إستراتيجيات وتكتيكات تحسين جودة الرعاية الصحية في مايوكلينك.[٦] تضمنت هذه المهمة الأخيرة قيادة مساهمة مايوكلينك في "المجموعة العاملة بشأن مدى ملاءمة مشروع الاتحاد المالي للمركز الطبي الأكاديمي"، الذي كان سابقاً لزمنه من حيث محاولة تناول أمر الإفراط في استخدام الرعاية.[٧-١٠]

عملت في تسعينيات القرن العشرين كرئيس "لمعهد كير ل. هوايت لأبحاث الخدمات الصحية"، ويركز هذا المعهد اهتمامه على جودة وكفاءة أبحاث الرعاية الصحية المؤسسة على السكان . يتضمن المعهد بين أعضائه من المنظمات، خمس منظمات لتحسين جودة الرعاية الصحية على مستوى الولاية[١١] (وكانت يُسمى وقتها منظمات مراجعة النظراء، وقد أنشأها الكونجرس في ١٩٨٤ لمتابعة تكلفة وجودة الرعاية التي يتلقاها المستفيدون بالرعاية الصحية لهيئة "ميديكير Medicare (الرعاية الطبية)". للقيام بذلك استخدمت "إدارة تمويل الرعاية الصحية" منظمات مراجعة النظراء من خلال سلسلة من التعاقدات. أحد هذه التعاقدات أدى لبدء برنامج تحسين جودة الرعاية الصحية في ١٩٩٠ كتطبيق لمبادئ التحسين المستمر للجودة . أدى عملي مع هذه المنظمات الخمس لمراجعة النظراء إلى أن زودني بتبصر عميق له قيمته في قيادة مجهودات تحسين الجودة وخلق بنية تحتية لدعم تحسين الجودة بمقياس كبير.[١٢-٢٦]

عندما انضممت لمنظمة "مبرص" في ١٩٩٩، أدركت أنها منظمة مركبة، وسوف تتطلب بنية تحتية قوية، وتكتيكات قياس متينة، وتنظيم صفوف القيادة، وغير ذلك من العناصر لدعم توصيل رعاية صحية بجودة عالية. في حوالي وقت وصولي إلى منظمة "مبرص" جددت المنظمة بؤرة تركيز اهتمامها حول التنمية التنظيمية . في أوائل ٢٠٠٠، أنشأ "مجلس الأمناء لمنظمة (مبرص)" لجنة لهذا الغرض توليت رئاستها، وهدفها إنشاء

خطة إستراتيجية لمنظمة "مبرص" لتركيز جهودها على هدف تنظيمي هو "توصيل أفضل وآمن رعاية متاحة، مع التركيز على العافية، والوقاية، والاكتشاف المبكر، ورعاية الحالات الحادة وشبه الحادة، وتدعم هذا في كل نقطة التعليم، والبحث والتحسين".[١]

أثناء ذلك، كان "معهد تحسين الرعاية الصحية" يسعى إلى اقتراحات "لمبادرته لمتابعة الكمال"، التي تحدت المستشفيات ومنظمات الأطباء بهدف التحسين الدرامي للنتائج بالنسبة للمريض عن طريق "السعي للكمال" في كل عمليات الرعاية الرئيسية.[٢٢] أثناء إنشاء منظمة "مبرص" لمقترح للمبادرة، نظرنا في أن مقارباتنا لتحسين جودة الرعاية الصحية، وأدركنا أننا نحتاج إلى طرائق فعالة لتوصيل أهدافنا وإستراتيجيتنا لتحسين الجودة إلى المشاركين الداخليين (الموظفين)، وكذلك إلى المشاركين الخارجيين وما يحتمل من الشركاء الآخرين. لما كان "المعهد الطبي" وقتها يعمل في إنشاء تقريره عن "عبور فجوة الجودة" [٢٣]، درسنا الأبعاد الستة للمعهد للرعاية الصحية العالية الجودة (الأمان، والوقت المناسب، والفعالية، والكفاءة، والعدالة، وأن يكون مركزها هو المريض) وعلاقة هذه العناصر بالانتقال إلى حالة من توصيل الرعاية الصحية المثلى . جون أندرسون، John Anderson زميلي في منظمة "مبرص" (وكان وقتها كبير نائبي رئيس المنظمة "للتكامل الإكلينيكي")، وقد تصور معى عملية تناظر تسلق أحد الجبال، وتمت هكذا ولادة مصطلح "**ستيب**" **"STEEEP"** من الحروف الأولى للكلمات الإنجليزية للأمان Safety، والوقت المناسب Timeliness، والفعالية Effectiveness، والكفاءة Efficiency، والعدالة Equity، وأن يكون مركز الرعاية هو المريض Patient centeredness). احتضان عناصر الرعاية بطريقة "**ستيب**" زود منظمة "مبرص" بتفويض بالسلطة من "المعهد الطبي" للعمل على أن توصَّل للمشاركين الداخليين والخارجيين أهمية تحسين جودة الرعاية الصحية،

وساعد هذا أيضًا فى تنظيم الصفوف فى عملنا حسب أولويات الرعاية الصحية القومية.

فى أثناء ذلك، أدركت اللجنة الإستراتيجية لتحسين جودة الرعاية الصحية – خاصة عضو اللجنة بيل آستون Bill Aston الذى كان وقتها رئيس "لجنة أمناء المركز الطبى بجامعة بايلور" – أدركوا أن منظمة "مبرص" لديها تاريخ فى ربط تفويض القيادة مع الأداء المالى، واقترحوا أن تمد المنظمة هذا التركيز فى اهتمامها بالأداء إلى مجالات أخرى.(٢٤) غيرت منظمة "مبرص" عبر السنوات العديدة التالية من برنامجها لمكافأة الأداء ليشمل مجالات من "الأفراد" (الاحتفاظ بالموظفين)؛ ومن "الجودة" (وضع معايير للمستشفى لنسبة وفيات المرضى الداخليين، وإعادة الإذن بالدخول، وتوصيل عملية الرعاية المبنية على الأدلة)؛ و "مجال الخدمة" (رضا المريض)، وكذلك أيضا "المجال المالى". على الرغم من أن الكثير من منظمات الرعاية الصحية لديها ثقافة تعوق ربط التعويض مع الأداء، فإن منظمة "مبرص" تمكنت من تنفيذ مقاربة متينة لتصميم خطة للحوافز ترتبط بأهداف تحسين الجودة. حاليًا، يوجد لدى منظمة "مبرص" ما يقرب من ٢٠٠٠٠ موظف، تصحبهم كلهم أهدافهم الخاصة فى مجالات الأفراد، والجودة، والخدمة، والماليات، ومراجعات الأداء السنوية، وما يصحب ذلك من تغيرات فى استحقاق التعويض سنويًا، وكل ذلك يتأسس جزئيا على المدى الذى أنجزوا به هذه الأهداف.

بصفة وضعها كمنظمة، أدركت "مبرص" أنه لبناء ثقافة لتحسين الجودة تمتد لكل موظفيها، ستحتاج لمجموعة من لب جوهرى من القادة بفهم عميق لتحسين الجودة من حيث طرائق ذلك، وأدواته، ولغته. ابتداء من ٢٠٠١ حتى نهاية ٢٠٠٣ أوفدت منظمة "مبرص" أربعين من قواد الجودة لدراسة مقرر تعليمى فى برنامج للتدريب المتقدم – المصغر على

الرعاية الصحية فى "الإنترمونتين" ويقوده برنت جيمس[٢٥] Brent James. تشارك جيمس فى قوالبه التعليمية مع منظمة "مبرص"، وقد عدلناها بموافقته، لتوفر أمثلة مؤسسة على منظمة "مبرص" لها علاقة بموظفينا . خلال عقد السنين الماضى كان هناك أكثر من ١٥٠٠ فرد من منظمة "مبرص" من قادة الأطباء والتمريض والإداريين قد تلقوا تدريبا على تحسين جودة الرعاية الصحية من خلال المقرر التعليمى الناتج عن ذلك واسمه " ABC Baylor (بايلور أ ب ت)"، (ويسمى الآن أكاديمية "ستيب")، وهذا إما فى شكله الكامل أو فى شكل تعديلات حسب المقاس تصميم للإيفاء باحتياجات خاصة لمجموعات معينة من القادة (مثلا أولئك الذين فى حاجة إلى مقرر تعليمى "بمسار سريع").[٢٦، ٢٧]

أدرك قواد منظمة "مبرص" أنه بالإضافة إلى تدريب أكاديمية "**ستيب**" والحوافز التى توفرت بربط تعويض القيادة مع أداء الجودة الإكلينيكي، فإن المنظمة ستحتاج إلى وجود بنى لدعم الالتزام بتحسين الجودة . عندما كنت أقود جهود الجودة فى "مايو كلينيك" أثارت إعجابي الطريقة التى يأتى بها معا القواد الإكلينيكيون والماليون والعملياتيون عن طريق لجنة الممارسة "بمايو كلينيك" ليتناولوا المقاربات لتوصيل الرعاية الصحية ذات الجودة العالية.[٢٧] أصبح لدينا مهارة عبر الزمن فى منظمة "مبرص"، فى إجراء مقاربة تأتى بهؤلاء القادة إلى طاولة عامة عن طريق "مجلس حوكمة" "**ستيب**" أو اختصارًا "محس"، الذى يدعم جهود التحسين التى تتضمن وتتجز التعاون عبر كل مجالات للرعاية بطريقة "**ستيب**" . بنية مجلس "محس" جعلت من الممكن لمنظمة "مبرص" أن تطبق إطارات مرجعية إكلينيكية ومالية وعملياتية على القرارات التنظيمية حول مبادرات الرعاية الصحية .

مع تطور رحلتنا مع "**ستيب**"، ستتركز الكثير من هذه القرارات على التحول من الرعاية الصحية المؤسسة على الحجم إلى الرعاية الصحية المؤسسة على السكان. يصف بيرويك وآخرون[٢٩] "الهدف الثلاثى" لنظم توصيل الرعاية الصحية التى تسعى لتحسين الصحة العامة للسكان مع تقليل التكاليف بأنه:

١ – تحسين ممارسة رعاية المريض (بما فى ذلك الجودة، والقدرة على التوصل للرعاية، وأن تكون مما يعتمد عليه).

٢ – تحسين صحة السكان.

٣ – تخفيض تكلفة الرعاية الصحية لكل نسمة من السكان .

أصبح "الهدف الثلاثى" الإطار التنظيمى "للإستراتيجية القومية للجودة فى الولايات المتحدة" الذى يلزم لقانون ٢٠١٠ لحماية المريض والرعاية التى يمكن تحمل تكلفتها.[٣٠] وللمنظمات الصحية العامة والخاصة فى أرجاء العالم بما فيها منظمة "مبرص". رغم الإقرار بالحاجة لرعاية تتأسس على السكان، فإنه يمكن أن تنشأ التوترات عندما يلزم على منظمات توصيل الرعاية الصحية أن تتخذ قرارات تمثل الأمر المناسب لتنفيذه مع المرضى، على أن هذا يفرض المشاكل للأداء المالى التنظيمى على المدى الزمنى القصير (مثل التخلص من إجراءات غير ضرورية و/أو غير ملائمة لأمراض الجهاز الدورى).[٣١] أحد التحديات الحالية التى تواجهها منظمة "مبرص" يتضمن مجهوداتها لإعادة تركيز الاهتمام فى عقودها مع دافعى النقود لتتحول من توصيل الرعاية على أساس الحجم إلى توصيلها على أساس السكان . هذه مهمة معقدة بوجه خاص فى مجمع "دالاس – فورت ورث متروبلكس"، وهى من حيث التركيز على صحة السكان والتكلفة الكلية للرعاية تعد سوقا أقل نضوجا من أسواق كثيرة أخرى فى الولايات المتحدة .

منظمة "مبرص" تتناول التحول إلى رعاية صحية مؤسسة على السكان عن طريق مبادرات عديدة بمقياس كبير، بما فى ذلك أن أنشأت لديها منظمة رعاية مسئولة، واسمها "اتحاد بايلور للجودة"(٣٢-٣٣)، كما شكلت معهد الصحة والعافية لمرضى السكرى، وقد وُصف كلاهما فى هذا الكتاب . منظمة "مبرص" توسع أيضًا من بؤرة اهتمامها بتحسين الجودة لتناول الإفراط فى استخدام الرعاية، وتعترف بأنه الإمداد بخدمات طبية تكون احتمالات الخطر فيها أثقل وطأة مما يحتمل من فوائد.(٢٣) ووسعت كذلك من بؤرة اهتمامها بأن دعمت الانتشار الأوسع لاستخدام الرعاية الفعالة . هذه الإستراتيجيات ستمكن المنظومة من استخدام الموارد الأكثر ندرة بفاعلية وكفاءة أكثر لجعل صحة سكان بعينهم فى الوضع الأمثل . بالإضافة لذلك تتعم منظمة "مبرص" بعلاقات زمالات مع نظم لتوصيل الرعاية الصحية فى تكساس لديها تاريخيًا بؤرة اهتمام قوية بالسكان مثل منظمة "سكوت وهوايت للرعاية الصحية"، وهى منظمة لديها خطة للرعاية الصحية منذ ١٩٨٢، وتاريخ أحدث مثير للإعجاب فى تطبيقاتها للتفكير بطريقة التخلص من الإهدار Lean thinking وتطبيق ثقافة هذه الطريقة ووسائلها لتحسين الرعاية . هذه القوى والإستراتيجيات ستساعد على دعم منظمة "مبرص" أثناء الحلقة التالية من رحلتها للجودة، حيث ستحتاج عندها، مثل الكثير من المنظمات الأخرى لتوصل الرعاية الصحية، لأن يتحول عملها من الرعاية المؤسسة على الحجم إلى الرعاية المؤسسة على السكان، ولأن تستخدم موارد الرعاية الصحية بكفاءة بقدر ما يمكن.

دافيد ج. بالارد

المراجع

1. Ballard, D. J. 2003. Indicators to improve clinical quality across an integrated health care system. *International Journal for Quality in Health Care* 15 (Suppl 1): i13–23.
2. Ballard, D. J., B. Spreadbury, and R. S. Hopkins, III. 2004. Health care quality improvement across the Baylor Health Care System: The first century. *Proceedings* (Baylor University Medical Center) 17 (3): 277–288.
3. Ballard, D. J., D. S. Strogatz, E. H. Wagner, D. S. Siscovick, S. A. James, D. G. Kleinbaum, L. M. Cutchin, and M. A. Ibrahim. 1988. Hypertension control in a rural southern community: Medical care process and dropping out. *American Journal of Preventive Medicine* 4 (3): 133–139.
4. Ballard, D. J., D. S. Strogatz, E. H. Wagner, D. S. Siscovick, S. A. James, D. G. Kleinbaum, C. A. Williams, L. M. Cutchin, and M. A. Ibrahim. 1986. The Edgecombe County High Blood Pressure Control Program: The process of medical care and blood pressure control. *American Journal of Preventive Medicine* 2 (5): 278–284.
5. Siscovick, D. S., D. S. Strogatz, E. H. Wagner, D. J. Ballard, S. A. James, S. Beresford, D. G. Kleinbaum, L. M. Cutchin, and M. A. Ibrahim. 1987. Provider-oriented interventions and management of hypertension. *Medical Care* 25 (3): 254–258.
6. Ballard, D. J., S. C. Bryant, P. C. O'Brien, D. W. Smith, M. B. Pine, and D. A. Cortese. 1994. Referral selection bias in the Medicare hospital mortality prediction model: Are centers of referral for Medicare beneficiaries necessarily centers of excellence? *Health Services Research* 28 (6): 771–784.
7. Ballard, D. J., J. A. Etchason, L. H. Hilborne, M. E. Campion, C. Kamberg, D. Solomon, L. L. Leape, J. P. Kahan, R. E. Park, and R. H. Brook. 1992. *Abdominal aortic aneurysm surgery: A literature review and ratings of appropriateness and necessity.* Santa Monica, CA: RAND.
8. Nevitt, M. P., D. J. Ballard, and J. W. Hallett, Jr. 1989. Prognosis of abdominal aortic aneurysms. A population-based study. *New England Journal of Medicine* 321 (15): 1009–1014.
9. Herrin, J., J. A. Etchason, J. P. Kahan, R. H. Brook, and D. J. Ballard. 1997. Effect of panel composition on physician ratings of appropriateness of abdominal aortic aneurysm surgery: Elucidating differences between multispecialty panel results and specialty society recommendations. *Health Policy* 42 (1): 67–81.
10. Ballard, D. J. 1994. The RAND/AMA/AMCC Clinical Appropriateness Initiative: Insights for multi-site appropriateness studies derived from the abdominal aortic aneurysm surgery project. *International Journal for Quality in Health Care* 6 (2): 187–198.
11. Ballard, D. J. 1997. A little statistical compassion linked to an intense and creative look at healthcare evidence: The genius of Kerr White. *Health Services Research* 32 (1): 5–10.
12. Grant, J. B., R. P. Hayes, R. D. Pates, K. S. Elward, and D. J. Ballard. 1996. HCFA's health care quality improvement program: The medical informatics challenge. *Journal of the American Medical Informatics Association* 3 (1): 15–26.
13. Cangialose, C. B., A. E. Blair, J. S. Borchardt, T. B. Ades, C. L. Bennett, K. Dickersin, D. H. Gesme, Jr., et al. 2000. Purchasing oncology services. Kerr L. White Institute/American Cancer Society Task Force on Purchasing Oncology Services. *Cancer* 88 (12): 2876–2886.
14. Cook, S. S., C. B. Cangialose, D. M. Sieburg, S. M. Kieszak, R. Boudreau, L. H. Hoffman, K. S. Elward, and D. J. Ballard. 1999. Red blood cell transfusions for elective hip and knee arthroplasty: Opportunity to improve quality of care and documentation. *Clinical Performance and Quality Health Care* 7 (1): 5–16.

15. Elward, K. S., D. Martin, E. Merwin, R. P. Hayes, and D. J. Ballard. 1994. The role of the principal clinical coordinator in the Health Care Financing Administration's Health Care Quality Improvement Initiative. *Clinical Performance and Quality Health Care* 2 (2): 73–79.
16. Grant, J. B., R. P. Hayes, D. W. Baker, C. B. Cangialose, S. M. Kieszak, and D. J. Ballard. 1997. Informatics, imaging, and healthcare quality management: Imaging quality improvement opportunities and lessons learned from HCFA's Health Care Quality Improvement Program. *Clinical Performance and Quality Health Care* 5 (3): 133–139.
17. Hayes, R., D. Bratzler, B. Armour, L. Moore, C. Murray, B. R. Stevens, M. Radford, et al. 2001. Comparison of an enhanced versus a written feedback model on the management of Medicare inpatients with venous thrombosis. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement* 27 (3): 155–168.
18. Hayes, R. P., and D. J. Ballard. 1995. Review: Feedback about practice patterns for measurable improvements in quality of care—a challenge for PROs under the Health Care Quality Improvement Program. *Clinical Performance and Quality Health Care* 3 (1): 15–22.
19. Hayes, R. P., M. T. Lundberg, and D. J. Ballard. 1994. Peer review organizations: Scientific challenges in HCFA's health care quality improvement initiative. *Medical Care Review* 51 (1): 39–60.
20. Meehan, T. P., J. Hennen, M. J. Radford, M. K. Petrillo, P. Elstein, and D. J. Ballard. 1995. Process and outcome of care for acute myocardial infarction among Medicare beneficiaries in Connecticut: A quality improvement demonstration project. *Annals of Internal Medicine* 122 (12): 928–936.
21. Hayes, R. P., D. W. Baker, J. C. Luthi, R. L. Baggett, W. McClellan, D. Fitzgerald, F. R. Abrams, D. Bratzler, and D. J. Ballard. 2002. The effect of external feedback on the management of Medicare inpatients with congestive heart failure. *American Journal of Medical Quality* 17 (6): 225–235.
22. Institute for Healthcare Improvement. Pursuing perfection: Raising the Bar for Health Care Performance. Online at http://www.ihi.org/offerings/Initiatives/PastStrategicInitiatives/PursuingPerfection/Pages/default.aspx (accessed March 20, 2013).
23. Corrigan, J. M., M. S. Donaldson, L. T. Kohn, S. K. Maguire, and K. C. Pike. 2001. *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century.* Washington, DC: National Academy Press.
24. Herrin, J., D. Nicewander, and D. J. Ballard. 2008. The effect of health care system administrator pay-for-performance on quality of care. *The Joint Commission Journal for Quality Patient Safety* 34 (11): 646–654.
25. Intermountain Healthcare. 20-day course for executives & QI leaders—Advanced Training Program (ATP). Online at http://intermountainhealthcare.org/qualityandresearch/institute/courses/atp/Pages/home.aspx (accessed March 21, 2013).
26. Haydar, Z., M. Cox, P. Stafford, V. Rodriguez, and D. J. Ballard. 2009. Accelerating best care at Baylor Dallas. *Proceedings* (Baylor University Medical Center) 22 (4): 311–315.
27. Haydar, Z., J. Gunderson, D. J. Ballard, A. Skoufalos, B. Berman, and D. B. Nash. 2008. Accelerating Best Care in Pennsylvania: Adapting a large academic system's quality improvement process to rural community hospitals. *American Journal of Medical Quality* 23 (4): 252–528.
28. Berry, L., and K. Seltman. 2008. *Management lessons from Mayo Clinic: Inside one of the world's most admired service organizations.* New York: McGraw-Hill.

29. Berwick, D. M., T. W. Nolan, and J. Whittington. 2008. The triple aim: Care, health, and cost. *Health Affairs* (Millwood) 27 (3): 759–769.
30. Patient Protection and Affordable Care Act. Public Law 111–148—March 23, 2010. 124 Stat. 119. Online at http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/PLAW-111publ148/pdf/PLAW-111publ148.pdf
31. Ballard, D. J., and B. M. Leonard. 2011. National priorities partnership focus on eliminating overuse: Applications to cardiac revascularization. *American Journal of Medical Quality* 26 (6): 485–490.
32. Ballard, D. J. 2012. The potential of Medicare accountable care organizations to transform the American health care marketplace: Rhetoric and reality. *Mayo Clinic Proceedings* 87 (8): 707–709.
33. Couch, C. E. 2012. Why Baylor Health Care System would like to file for Medicare Shared Savings accountable care organization designation but cannot. *Mayo Clinic Proceedings* 87 (8): 723–726.

شكر

أى كتاب من هذا النوع هو ثمرة تعاون بين أفراد كثيرين. أبدى تقديرى لجهود المحررين المساعدين لى، نيل فليمنج، وجويل أليسون، وبول كونفرى، وروزمارى لوكوبر، وكذلك تقديرى لمؤلفى الكتاب. أبدى امتنانى أيضًا لكاتلين ريتشر، وتارا مارث، وكيلى ترنجيل، وبريجيت دارجارسيا الذين وفروا الدعم فى التحرير أثناء إنتاج الكتاب ؛ وكذلك امتنانى لسكوت رانسوم من مركز علم الصحة بجامعة نورث تكساس، وأرجا ب. أدير الابن من جمعية الإدارة المالية، وذلك لمراجعتهم الدقيقة للمسودات الأولى .

لم يكن من الممكن أن تُروى قصة رحلة الجودة "لمنظمة بايلور للرعاية الصحية (مبرص)" بدون إسهام جون أندرسون كبير نائبى رئيس المنظمة للتكامل الإكلينيكى، الذى سك أولًا مصطلح "**ستيب**" من أوائل حروف الكلمات الإنجليزية المعنية فى مناقشة جرت بيننا فى ٢٠٠٠ . منذ عقد من السنين تصور هو وإياى ما يناظر عملية تسلق جبل ليتمثل التحول من الوضع الحالى لتوصيل الرعاية الصحية إلى وضع يمكن أن توصف خصائصه حسب المجالات الستة للرعاية المثلى عند "المعهد الطبى": الأمان، والتوقيت المناسب، والفعالية، والكفاءة، والعدالة، وأن يكون مركز الرعاية هو المريض .

أود أيضًا الإعراب عن تقديرى لرؤية الراحل بيل آستون، الرئيس السابق لمجلس أمناء المركز الطبى لجامعة بايلور، والذى خطط فى ٢٠٠٠ مسودة قرار المجلس لجعل الأولوية للرعاية خلال كل منظومة

"مبرص". ظل هذا القرار الأساس لتحسين الجودة فى منظمة "مبرص" طيلة الأعوام الثلاثة عشر الماضية . بالإضافة لذلك، أبدى امتنانى للراحل ديل جونس، الرئيس السابق لمجلس أمناء "مبرص" الذى أعطانى فى ٢٠٠٠ الترخيص بإنشاء خطة لتحسين جودة منظمة "مبرص" وفرت الإطار لرحلة المنظمة للرعاية بطريقة "**ستيب**" .

لما كان وقت التحرير النهائى للكتاب يتفق مع عيد ميلاد والدتى الرابع والتسعين، فإنى أود الإقرار بدور والدىّ فى صنع نموذج للالتزام بالرعاية الصحية بطريقة "**ستيب**" وهما مرجريت س. بالارد الحاصلة على شهادة ممرضة مسجلة (بلا تخصص معين)، والراحل جوزيف أ. بالارد دكتوراه الطب، وقد بدآ تاريخهما المهنى فى الرعاية الصحية أثناء النضال العنيف فى الحرب العالمية الثانية وهما يخدمان فى جيش الولايات المتحدة، فى زمن يسبق طويلا تأسيس "المعهد الطبى" وكتابه الذى يُعد نشره إحدى علامات الطريق، وعنوانه: "عبور فجوة الجودة". أخيرا أود أن أشكر زوجتى ميشيلا كاروزو، دكتوراه فى الطب، وهى متخصصة فى تكساس فى الأورام وعلاجها بالإشعاع، وكانت بمثابة الأداة لتوجيه المتحدث ومصدر للدعم خلال كل رحلتى لجودة الرعاية الصحية، منذ التقينا لأول مرة ١٩٨٥ كأطباء نواب فى "مايو كلينيك".

ملحوظة

فى ٣٠ سبتمبر ٢٠١٣ أعلنت لجان إدارة منظومة بايلور للرعاية الصحية، ومنظومة سكوت وهوايت للرعاية الصحية، إتمام اندماج المنظومتين الصحيتين لتكوين أكبر منظومة صحية لا تهدف للربح فى ولاية تكساس . المنظمة الصحية الجديدة لبايلور سكوت وهوايت تتضمن ٤٣ من المستشفيات، وأكثر من ٥٠٠ موقع لرعاية المرضى، وأكثر من

٦٠٠٠ طبيب ملحقين بهـــا، و ٣٤٠٠٠ مـــن المـــوظفين، و"الخطـــة الـــصحية" لسكوت وهوايت.

جويل أليسون هو الرئيس التنفيـــذى للمنظمـــة الـــصحية بـــايلور ســـكوت وهوايت. دافيد ج. بـــالارد، دكتـــوراه الطـــب ودكتـــوراه الفلـــسفة هـــو رئـــيس موظفى الجـــودة للمنظمـــة الجديـــدة، وتُقـــدم التقـــارير إلـــى روبـــرت برايـــر، دكتوراه الطـــب، والـــرئيس، وكبيـــر مـــوظفى العمليـــات، وكبيـــر المـــوظفين الطبيين للمنظمة الصحية لبايلور سكوت وهوايت .

دافيد ج. بالارد

مقدمـــة

استرشدت منظمة بايلور للرعاية الصحية "مبرص" بالتزامها بتوفير رعاية صحية عالية الجودة لكل المقيمين فى دالاس – فورت ورث، وذلك منذ إنشائها أصلا من زمن يزيد عن مائة عام. تنعكس هذه البؤرة من التخصص المتفانى على السؤال الذى وجهه القس الموقر جورج و. ترويت George W. Truett راعى أول كنيسة معمدانية فى دالاس، حين سأل قواد البيزنس فى المدينة ومواطنيها فى ١٩٠٣: "أما قد حان الوقت الآن لبدء إقامة مستشفى إنسانى كبير، مستشفى يمكن أن يأتى إليه البشر من كل العقائد، وكذلك من لا عقيدة لهم، يأتون إليه جميعا بثقة متساوية؟"

تم فى وقت لاحق من تلك السنة تأسيس المصحة التذكارية المعمدانية بتكساس، وفيها ٢٥ سريرا فى منزل مجدد من ١٤ غرفة. هذه المستشفى المتواضع من أجل مجتمع صغير تنامت أثناء القرن العشرين لتصبح المركز الطبى لجامعة بايلور، ثم منظمة "مبرص" ذات المنشآت المتعددة. تتضمن الآن شبكة منظمة "مبرص" أكثر من ٣٠٠ نقطة توفر مصادر متعددة للتوصل إلى الرعاية، وتشمل:

- ٣٠ مستشفى تمتلكها أو تشغلها منظمة "مبرص"، أو إنها للاستثمار المشترك مع المنظمة، أو ملحقة بها.
- ٢٨ مركزا متنقلًا للجراحة / مناظير الفحص الداخلى .
- ٢٠٩ مواقع لشبكة توفير الصحة لتكساس (شبكة متنقلة برعاية الأطباء ملحقة بمنظمة "مبرص" وبها ستون من الدور الطبية للرعاية الأولية).

- ٩١ من منشآت العيادة الخارجية التابعـــة للتـــصوير، وإعـــادة التأهـــل، والألم.
- ٣ مراكز صحية لكبار السن .
- ٦ صيدليات للبيع بالتجزئة .
- ٣ مواقع "لمعهد أبحاث بايلور" .
- منظمة واحدة مسئولة عن الرعاية .

خلال القرن الماضى تنامت "مبرص" إلى منظمة مركبة، نُظمت صفوف كل منشآتها، وأقسامها، وموظفيها فى اتجاه رؤية مشتركة (حتى تنال الثقة كأفضل مكان يعطى ويتلقى رعاية صحية ذات جودة فيها أمان وتعاطف)؛ وفى اتجاه رسالتها (بايلور وقد تأسست كمنظمة مسيحية للعلاج، موجودة لخدمة كل الناس عن طريق ما يعطى المثل من الرعاية الصحية، والتعليم، والأبحاث، وخدمة المجتمع) ؛ وقيمها (التكامل، وتقديم الخدمات، والجودة، والابتكار، والإشراف على مهام إدارة الخدمات والمؤن) (شكل١،١). فى تباين مع بداياتها المتواضعة كمستشفى لمجتمع صغير، تنامت منظمة "مبرص" بحيث أصبحت بحلول يوليو ٢٠١٣ تشمل :

الرؤية:
أن تنال الثقة كأفضل
مكان لإعطاء وتلقى
رعاية ذات جودة فيها
أمان وتعاطف

◁ التكامل ◁ تقديم الخدمات ◁ الجودة

◁ الابتكار ◁ الإشراف على مهام إدارة الخدمات والمؤن

- ٢١٣٨٨ من الموظفين

- ٤٧٣٥ أعضاء فى هيئة العاملين الطبية

- ٣٤٢٠ طبيبًا عاملاً

- ٣٦٥٣ أسرة مرخصا بها

هناك سنويا

- ٥,٣ بليون دولار فى إجمالى الأصول
- ٤,١ بليون دولار فى إجمالى عائد التشغيل
- ٢,٨ مليون مقابلة للمرضى
- ١٢٢٠٠٧ أذون بدخول المستشفى
- ٢٠٠٩٤ طفلا مولودًا
- ٤٠٩٣٧٥ من حالات التردد على قسم الطوارئ
- ٦٠٣١٥٥ من حالات مسجلة فى العيادة الخارجية

الخط الزمنى : رحلة جودة الرعاية الصحية

الخط الزمنى موجود على موقع :

http://www.ba-ylorhealth.com/about/Pages,Time Line.aspx

ويصف بعمق بعض أكبر الأحداث المهمة وعلامات الطريق فى رحلة منظمة "مبرص" للجودة.[٢٠١]

التشغيل العملياتى لتوصيل رعاية "ستيب"

تطلّب نمو منظمة "مبرص" على مدى قرن التزامًا لا يتزعزع بجودة الرعاية الصحية. حتى يستمر تحسين جودة الرعاية الصحية قامت منظمة "مبرص" بتشغيل عملياتى لتوصيل رعاية "**ستيب**" الآمنة، وفى التوقيت المناسب، وبفعالية، وبكفاءة، وعدل، وأن يكون مركز الرعاية هو المريض. حسب "المعهد الطبى" فإن رعاية "**ستيب**" هى رعاية:

- آمنة – تتجنب أن تجرح أو تصيب المرضى بسبب الرعاية التى يقصد بها مساعدتهم، بدون خطأ عارض أو التعرض لخطأ ناشئ عن غير قصد.
- فى التوقيت المناسب – بما يقلل من أوقات الانتظار والتأخيرات الضارة التى تعوض التدفق السلس للرعاية.
- بفعالية – توفر خدمات تتأسس على المعرفة العلمية لكل من يمكن استفادتهم، وتحجم عن توفير الخدمات لأولئك الذين يرجح عدم استفادتهم (مع تجنب الإفراط فى الاستخدام والإفراط فى عدم الاستخدام).
- بكفاءة – باستخدام الموارد للتوصل لأحسن القيم عن طريق الإقلال من الإهدار والإقلال من تكلفة الإنتاج والإدارة ؛
- بعدل – بتوفير رعاية لا تتغير فى جودتها حسب الخصائص الشخصية، مثل الجنسية، والدخل، والعرق، والموقع ؛
- وأن يكون مركزها هو المريض – فتوفر له رعاية مفعمة بالاحترام والاستجابة لما عند المريض الفردى من التفضيلات، والاحتياجات، والقيم.

مصطلح "**ستيب**" الذى تم ارتجاله أصلا فى منظمة (مبرص) ككلمة من الحروف الأولى للكلمات الإنجليزية المعنية تم تسجيله كعلامة تجارية بواسطة (مبرص) لتواجه التحدى لإنجاز هدفها من توفير الرعاية المثلى بلغة من النداء الذى وجهه "المعهد الطبى" من أجل توفير رعاية تكون آمنة، وفى التوقيت المناسب، وبفعالية، وبكفاءة، وعدل، ويكون مركزها هو المريض [١].

يمثل هذا الكتاب الإستراتيجيات والتكتيكات المؤسسة على الأدلة، والتى استخدمتها منظمة "مبرص" للتشغيل العملياتى للرعاية بطريقة "**ستيب**" ويصف الكتاب إسهامها فى التحسينات التى تم إنجازها فى النتائج العملياتية بالنسبة للمريض، وللناحية الإكلينكية والتنظيم .

أعلن مؤخرًا بواسطة منظمتى "سكوت وهوايت للرعاية"، و"مبرص" عن اندماجهما، مما خلق أكبر منظمة للصحة فى تكساس لا تهدف للربح.(٣) سكوت و هوايت، بخلاف "مبرص"، تتضمن خطة صحية للامتلاك والتشغيل فى عملياتها، وقد قطعت مرحلة أطول فى رحلتها فى تطبيق طريقة التفكير بالتخلص من الإهدار (Lean thinking) فى رحلة تحسين الجودة. مع تنامى التعاون بين المنظمتين طلبنا من العلماء المؤلفين فى سكوت وهوايت أن يساهموا فى كتابة فصول عن هذه الموضوعات لتوفير صورة أكمل لوسائل وإستراتيجيات تحسين الجودة التى يمكن أن تسهم للتوصل إلى الرعاية بطريقة "**ستيب**". نحن نتوقع أن المنظمتين سوف تستفيد كل منهما، بعد اندماجهما، من خبرة الأخرى الخاصة فى تنفيذ مبادئ "**ستيب**" و"التخلص من الإهدار"، وهذا يسهل انتشارًا أسرع عبر الكيان الذى خُلق حديثا، وكذلك مكاسب أعظم فى الجودة والكفاءة النابعتين من الطبيعة التكاملية لهذه المقاربات فى التحسين والإدارة.

حتى نضع عملنا فى تحسين الجودة فى السياق الأوسع للمبادرات التى يجرى تنفيذها على المستويات القومية والدولية، رتبنا الأقسام الثلاثة الأولى فى إطار حول ما طرحه "معهد تحسين جودة الرعاية الصحية" بعنوان "سبع نقاط فعالة للقيادة من أجل تحسين الرعاية الصحية على مستوى المنظمة" (٤).

القسم الأول : تنظيم صفوف المنظمة للرعاية بطريقة "ستيب"

فى النهاية، يعتمد تحسين جودة الرعاية الصحية فى "مبرص" على تأسيس قيادة قوية والالتزام عبر المنظمة كلها بتوصيل الرعاية بطريقة "**ستيب**" . يواصل القواد على كل المستويات خلال كل منظمة "مبرص" البناء من فوق جهود أولئك الذين احتضنوا التحدى الأصلى للتوصل إلى هدف "مبرص" من الرعاية المثالية . يركز القسم الأول من الكتاب على عناصر الحوكمة ؛ والقيادة ؛ والبنى التنظيمية ؛ وتنظيم الصفوف، ووضع الهدف، والحوافز ؛ والقيادة المالية، وقيادة الأطباء ؛ وقيادة التمريض، وكيف يُنظم صفوف هذه العناصر المكونة لدفع الرعاية بطريقة "**ستيب**" عبر المنظومة (من الفصل ١ إلى الفصل ٧).

القسم الثانى : البنية التحتية ووسائل الرعاية بطريقة "ستيب"

تنظيم صفوف منظمة مركبة للرعاية الصحية للتوصل إلى الرعاية بطريقة "**ستيب**" يتطلب، ليس فقط الالتزام بالجودة، وإنما يتطلب أيضًا أنواعًا شتى من الوسائل الخاصة وعناصر البنية التحتية . يصف القسم الثانى من الكتاب البنية التحتية التى أسستها منظمة "مبرص" لتحسين جودة الرعاية الصحية، بما فى ذلك تطبيقات المقرر التعليمى لتحسين الجودة الذى تجريه أكاديمية "**ستيب**" فى دورة سريعة ؛ وتطبيقات أسلوب التخلص من الإهدار لتحسين الرعاية بطريقة "**ستيب**" ؛ وقسم "**ستيب**" للتحليلات، الذى يرشد إلى ويدعم التحسين المدفوع بالبيانات؛ وقسم عمليات الرعاية بطريقة "**ستيب**"، الذى يشغّل عملياتيا تحسين الجودة ومبادرات أمان المريض . يناقش هذا القسم أيضًا الطرائق التى استخدمتها "مبرص" لتقييم النتائج الإكلينيكية والمالية لتحديد أفضل الممارسات والتكنيكات التى استخدمتها المنظمة لدفع الرعاية بطريقة "**ستيب**" عبر ما لها من العديد من المستشفيات، والطرائق لدفع الرعاية بطريقة "**ستيب**" عبر شبكة توفير الطبيب (من الفصل ٨ إلى الفصل ١٤) .

القسم الثالث : التوصل للرعاية الطبية بطريقة "ستيب"

يوفر القسم الثالث من الكتاب أمثلة من العالم الواقعى للإستراتيجيات والتكتيكات التى استخدمتها منظمة "مبرص" لتحسين الرعاية فى مجالات الأمان، والتفوق الإكلينيكى (الوقت المناسب، والفعالية)، والكفاءة، والعدالة، وأن يكون مركز الرعاية هو المريض . يصف الفصل أوجه النجاح وكذلك أيضًا ما تبقى من تحديات تصاحب هذه المقاربات . تقدم فصول هذا القسم أيضًا الدروس التى تعلمتها منظمة "مبرص" أثناء تطبيقها وتقييمها للإستراتيجيات والتكتيكات المختلفة لتحسين جودتها عبر المجالات الستة للرعاية بطريقة **"ستيب"** (من الفصل ١٥ إلى الفصل ١٩).

القسم الرابع : الرعاية بطريقة "ستيب" فى الممارسة:

خطوط الخدمة والخطوط الأخرى لأشغال البيزنس

دفع الرعاية بطريقة **"ستيب"** عبر منظمة كبيرة مركّبة للرعاية الصحية، يتطلب تطبيق مبادئ تحسين الرعاية بطريقة **"ستيب"** على أنواع مختلفة من خطوط الخدمة والخطوط الأخرى لأشغال البيزنس . يصف القسم الرابع من الكتاب أنواعًا متماسكة بقوة من المقاربات والطرائق المصاحبة لتحسين الرعاية بطريقة **"ستيب"** فى مجالات رعاية الجهاز الدورى (القلب والأوعية الدموية)، وخدمات الطوارئ، ورعاية الحالات الحرجة، وحالات الأورام، والخدمات الجراحية، وخدمات حالات العظام، ومنظمة الرعاية المسئولة، ومعهد صحة وعافية مرض السكرى. يناقش أيضًا هذا القسم من الكتاب تطبيقات تحسين الرعاية بواسطة منظمة الرعاية الصحية لسكوت وهوايت بهدف دفع الرعاية بطريقة **"ستيب"** خلال خطة رعاية صحية لتمليك وتشغيل منظومة توصيل الرعاية الصحية.

إذا كانت رؤية منظمة (مبرص) ورسالتها تشكل البوصلة التى ترشد "مبرص" فى رحلتها للجودة، فإن إطار "ستيب" هو الخريطة التى تطبق عليها هذه البوصلة . جدول ١،١ يلقى الضوء على العناصر المهمة فى تكوين نظم توصيل الرعاية الصحية الفعالة – بما فى ذلك الإدارة، والحوكمة، والقيادة الطبية وقيادة التمريض، وبرامج وخبرات تحسين الجودة، والبيانات والتحليلات، وحسن السمعة والتصديق المعتمد – وكيف أن هذه العناصر المكونة يجب أن تتطور مع رحلة الجودة . القراء الذين لديهم اهتمام بتحسين جودة الرعاية الصحية فى منظماتهم الخاصة يمكنهم تعيين فصول الكتاب التى لها أكبر علاقة باحتياجاتهم وأهدافهم المؤسسة على المرحلة التى وصلت إليها منظمتهم فى رحلة الجودة: المبادرة، أو بناء الأساس، أو التشغيل العملياتى، أو تحسين الجودة المستمر.

دافيد ج. بالارد ونيل س. فليمنج

المراجع

1. Corrigan, J. M., M. S. Donaldson, L. T. Kohn, S. K. Maguire, and K. C. Pike. 2001. *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century.* Washington, DC: National Academy Press.
2. Wilsey, H. L. 2004. *How we care: Centennial history of Baylor University Medical Center and Baylor Health Care System, 1903–2003.* Dallas, TX: Baylor Health Care System.
3. Baylor Scott & White Health. Baylor, Scott & White Complete Merger; Combined Company Becomes Largest Not-For-Profit Health System in Texas. Online at: http://baylorscottandwhite.com/baylor-scott-combined-company-becomes-largest-not-for-profit-health-system-in-texas/ (accessed October 11, 2013).
4. Reinertsen, J. L., M. Bisognano, and M. D. Pugh. 2008. *Seven leadership leverage points for organization-level improvement in health care*, 2nd ed. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement.

جدول ١ – ١ التوصل للرعاية الصحية بطريقة "ستيب" رحلة تتطلب الالتزام بتحسين الجودة من أعلى مستويات القيادة مصحوبا بالتنمية المستقلة للعديد من العناصر المكونة المهمة لتوصيل الرعاية الصحية : الإدارة ، والحوكمة ، والقيادة الإكلينيكية ، وإنشاء برنامج ، وتحليلات البيانات والتصديق المعتمد تمت الإشارة لفصول الكتاب الأكثر علاقة بالمنظمات على أساس مرحلة تنميتها فى رحلة الجودة للرعاية بطريقة "ستيب" (المبادرة، أو بناء المؤسسة) أو التشغيل العملياتى ، أو تحسين الجودة المستمر

العنصر المكون التنظيمى	المرحلة			تحسين الجودة المستمر
	المبادرة	بناء الأساس	التشغيل العملياتى	
الإدارة والحوكمة	▪ غالبًا عدم التنبه للمزايا المحتملة لتحسين الجودة. ▪ غالبًا عدم اعتبار تحسين الجودة على أنه من مسئوليتهم وبدلاً من ذلك يفوضون أداءها للإكلينيكيين. الفصل الأول	▪ فهم الحاجة إلى الإسهام فى تحسين الجودة وتوفير القيادة فى تحسين الجودة. ▪ المشاركة فى مبادرات تحسين الجودة. الفصل ٢، ٣	▪ المساهمة المباشرة فى دفع المنظمة إلى ثقافة تحسين الجودة ▪ قياس ومكافأة التحسين بفعالية. الفصل الرابع	▪ المشاركة بالكامل فى دفع تحسين الجودة ورؤية أنفسهم كمسئولين بالكامل عن ذلك ▪ الجودة جزء متكامل من برنامجكم ومن برنامج المنظمة للحوافز. الفصل الخامس
القيادة الطبية وقيادةالتمريض	▪ غالبًا لها مساهمة هامشية فى مبادرات تحسين الجودة. ▪ التركيز أساسًا على قضايا توصيل العناية الإكلينيكية والقضايا التنظيمية. الفصل الثانى	▪ المشاركة النشطة فى بعض مبادرات تحسين الجودة ▪ تمثيل الإكلينيكيين . (و) المريض فى مناقشات وقرارات تحسين الجودة. الفصل ٦، ٧	▪ العمل معًا لتحديد وقيادة مبادرات تحسين الجودة ▪ أن يصبحوا صوت المريض وكذلك أيضًا صوت الإكلينيكى . الفصل ٦، ٧	▪ الاشتراك بالكامل فى تحسين الجودة ودفع الابتكار داخل أنظمته ▪ غالبًا يكونون مسئولين عن إشراك مجتمعاتهم المهنية فى جهود تحسين الجودة. الفصل ٦، ٧، ٢٠–٢٨

العنصر المكون التنظيمي	المرحلة			تحسين الجودة المستمر
	المبادرة	بناء الأساس	التشغيل العملياتي	
برامج وخبرة تحسين الجودة	▪ معرفة منقوصة بتحسين الجودة. ▪ يوجد عدد قليل مما رسخ رسميا من أدوات قياس ومناهج تحسين الجودة . ▪ عدد منقوص أو أساسي فقط من برامج الأمان في الوضع الملائم. فصل ٣، ١٥-١٩	▪ جيوب من خبرة تحسين الجودة. ▪ البنية الرسمية لتحسين الجودة في وضع ملائم مع تأثير محدود قابل للقياس. ▪ برامج الجودة والأمان عبر بعض الأنظمة و/أو المنشآت. ▪ السبعض الأفضل من مبادرات الممارسة. فصل ٨، ٩، ١٥-١٩	▪ خبرة أعمق مشتركة عبر الأنظمة و/أو المنشآت ▪ البنية الرسمية في الوضع الملائم مع تحسين جودة متوسط. ▪ برامج جودة وأمان باتساع المنظمة فصل ١١، ١٢، ١٥-٢٨	▪ حوكمة وبنية تحتية راسخة للإدارة والتعاون في تحسين الجودة . ▪ تدريب رسمي على تحسين الجودة لهيئة العاملين على مستويات متعددة. ▪ تكامل كلي في العمليات، والممارسات، والبيانات، والتحليلات. ▪ القرار الداعم يدفع الابتكار. فصل ١٣، ١٤، ٢٠-٢٨
البيانات والتحاليل	▪ قلة أو عدم القدرة على استخلاص البيانات المتعلقة بالموضوع والتقارير عن مقاييس الجودة. ▪ غالبًا ما يكون تكامل البيانات قضية ونقطة هي موضع النقاش. الفصل ٣	▪ قياس وتسجيل النتائج/ الجودة في بعض المجالات. ▪ البنية التحتية قادرة على استخلاص البيانات ولكن من القليل من التحليلات أو عدم وجود تحليل أو إمكان للتأثير تنظيمي ▪ جودة تحسين البيانات وإبطاؤها تصبح مقبولة في عدد من مجالات المنظمة . الفصل ١٠	▪ القدرة على استخلاص وتحليل البيانات لدفع مبادرات تحسين الجودة ▪ تكامل البيانات لا يعود بعد قضية ويتم تقبلها في معظم مجالات المنظمة. الفصل ١٠، ١٢	▪ إجراءات وخطوط زمنية راسخة لجمع البيانات وتحليلها ▪ تنمية وتنفيذ أفضل الممارسات المدفوعة بالبيانات وأفضل الممارسات الإكلينيكية والعملياتية ▪ البيانات تستخدم لدفع نظام الحوافز في المنظمة. الفصل ١٢
حسن السمعة/التصديق المعتمد	▪ الحد الأساسي/ الأدنى من التصديق المعتمد. فصل ٣، ١٥-١٩	▪ حسن السمعة المحلية ▪ بعض التقدم في التصديق المعتمد. فصل ٢٠-٢٨	▪ حسن السمعة في المنطقة ▪ يقدم التصديق المعتمد في مجالات عديدة. فصل ٢٠-٢٨	▪ الاعتماد الدولي كقيادة في الجودة والأمان والابتكار. فصل ٢٠-٢٨

المختصرات

AADE: American Association of Diabetes Educators
ABC: Accelerating best care
ACC: Ambulatory care coordinator or American College of Cardiology
ACO: Accountable care organization
ACS: American College of Surgeons
AE: Adverse event
AHRQ: Agency for Healthcare Research and Quality
AIDET: Acknowledge, Introduce, Duration, Explanation, Thank
AJRR: American Joint Replacement Registry
AMGA: American Medical Group Association
AMI: Acute myocardial infarction
ANCC: American Nurses Credentialing Center
APR DRG: All Patient Refined Diagnosis Related Group
ASPIRE: Achieving Synergy in Practice through Impact, Relationships and Evidence
BAEMT: Baylor Adverse Event Measurement Tool
BHCS: Baylor Health Care System
BHVH: Baylor Heart and Vascular Hospital
BHVI: Baylor Heart and Vascular Institute
BQA: Baylor Quality Alliance
BUMC: Baylor University Medical Center
CEO: Chief executive officer
CFO: Chief financial officer
CHW: Community health worker
CLIP: Continuous Learning and Improvement Program
CMO: Chief medical officer
CMS: Centers for Medicare and Medicaid Services
CNO: Chief nursing officer
COC: Commission on Cancer
CUSP: Comprehensive Unit-Based Safety Program

DEP: Diabetes Equity Program
DHWI: Diabetes Health and Wellness Institute
ED: Emergency department
EHR: Electronic health record
FACT: Foundation for the Accreditation of Cellular Therapy
HCAHPS: Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems
HEDIS: Healthcare Effectiveness Data and Information Set
HF: Heart failure
HIE: Health Information Exchange
HIPAA: Health Insurance Portability and Accountability Act
HMO: Health maintenance organization
HSMR: Hospital standardized mortality ratio
HTPN: HealthTexas Provider Network
HVHC: High Value Healthcare Collaborative
ICU: Intensive care unit
IHCRI: Institute for Health Care Research and Improvement
IHI: Institute for Healthcare Improvement
IOM: Institute of Medicine
LBP: Low back pain
LDI: Leadership Development Institute
NCQA: National Committee for Quality Assurance
NICU: Neonatal intensive care unit
NIH: National Institutes of Health
NSQIP: National Surgical Quality Improvement Program
OCN: Oncology Certified Nurses
OETC: Oncology Evaluation and Treatment Center
OPS: Office of Patient Safety
PABD: Preoperative autologous blood donation
PAD: Project Access Dallas
PCMH: Patient-centered medical home
PDCA: Plan–Do–Check–Act
PEERS: Prevention, empowerment, education, resources, support
POCMA: Phase of Care Mortality Analysis
PPACA: Patient Protection and Affordable Care Act
PRO: Peer review organization
QI: Quality improvement
RMA: Rapid medical assessment
RRT: Rapid response team
SBAR: Situation–background–assessment–recommendation
SCIP: Surgical Care Improvement Project
SCPC: Society of Cardiovascular Patient Care
SGC: STEEEP Governance Council
SIP: Surgical infection prevention
SMART: Specific, measureable, actionable, realistic, and time dependent

SMU: Southern Methodist University
SSC: Surviving Sepsis Campaign
SSHI: Southern Sector Health Initiative
SSSL: Safe surgery saves lives
STEEEP: Safe, timely, effective, efficient, equitable, patient centered
STS: Society of Thoracic Surgeons
THHBP: The Heart Hospital Baylor Plano
VBP: Value-based purchasing
VPMA: Vice president of medical affairs
WHO: World Health Organization

القســم الأول

تنظيم صفوف المنظمة

للرعاية بطريقة (ستيب)

الفصل الأول

الحوكمة

جويل ت. أليسون و دافيد ج. بالارد

مقدمة

الكثير من جهود منظمة بايلور للرعاية الصحية "مبرص" تسبق زمنيًا ما نشره "معهد تحسين الرعاية الصحية" في ٢٠٠٨ تحت عنوان "سبع نقاط فعالة للقيادة من أجل تحسين الرعاية الصحية على مستوى المنظمة"، ومع ذلك فإن الكثير من جهود منظمة "مبرص" كان يتبع إطارًا مماثلاً لما نشره المعهد:

١ – التأسيس والإشراف على أهداف خاصة على مستوى المنظمة عند أعلى مستويات الحوكمة.

٢ – إنشاء إستراتيجية قابلة للتنفيذ للتوصل إلى الأهداف على مستوى المنظمة والإشراف على تنفيذها عند أعلى مستويات الحوكمة.

٣ – توجيه المسار لانتباه القيادة للتحسين على مستوى المنظمة بالنسبة للقيادة الشخصية، ومنظمات القيادة، والشفافية.

٤ – وضع المرضى والعائلات في فريق التحسين.

٥ – جعل الموظف المالي الرئيسي نصيرًا للتحسين.

٦ – إشراك الأطباء.

٧ – بناء القدرة على التحسين [١].

أول نقطتين تتطلبان، مثل التوصيات الأخرى من المجموعات القومية لتحسين جودة الرعاية الصحية،[١-٣] أن يبدأ تحسين الجودة بالحوكمة، وأن يدعمه تأسيس الأهداف والإستراتيجيات على مستوى المنظمة. حتى يمكن أن يحدث فى منظمة للرعاية الصحية تحسين للجودة له معناه وله استدامته، يجب أن تلتزم لجنة الحوكمة بهذا التغير، باعتبار أن له أولوية إستراتيجية بكل اتساع المنظمة.

التأكيد على الالتزام التنظيمى بالجودة

أول النقاط السبع الفعالة للقيادة فيما نشره "معهد تحسين الرعاية الصحية" هى أن يتم التأسيس والإشراف على أهداف خاصة على مستوى المنظمة عند أعلى مستويات الحوكمة. تحتاج المجالس إلى الالتزام بهدف للجودة، وأن تؤسس مقاييس للأداء على مستوى المنظمة، وتتخذ أهدافًا لتحسين الأداء بهذه المقاييس.[٢]

أكّد "مجلس أمناء منظمة "مبرص" أن "الجودة جزء من نسيج (مبرص)". منذ ما يزيد عن عقد من السنين، قام من كان يتولى وقتها رئاسة مجلس أمناء المستشفى الرئيسى عندنا بتخطيط قرار يؤكد علنًا التزام المجلس بتحسين الجودة خلال كل منظمة "مبرص". يذكر القرار الذى أعيد تأكيده فى ٢٠١٠ أنه :

حيث إن المحافظة على الوضع الراهن أو التوصل إلى مستويات للجودة والأمان تساوى فحسب، أو تكون أفضل قليلاً من، المعايير القومية، أو المناطقية، أو المحلية، هذا كله ليس فيه أى مما يتوافق مع إفادات "رؤية" و"رسالة" "مبرص".

وحيث إن هناك تغيرات تنظيمية وقانونية وعددًا يتزايد من المرضى الأكثر تنورًا بالمعلومات كلهم يدعمون جودة أفضل لرعاية وأمان المريض؛ فإنه هكذا قد تقرر إذن أن مجلس أمناء منظمة بايلور للرعاية الصحية يتحدى نفسه بموجب ذلك، كما يتحدى كل فرد يشارك فى توفير الرعاية الصحية خلال كل المنظمة ليتم الوصول بالمريض للأمان والتحسين المستمر فى جودة رعايته، بحيث يكون لذلك أعلى الأولويات فى التخطيط، ووضع الميزانيات، وتنفيذ كل الأنشطة من أجل التوصل لتحسين إيجابى فى رعاية المريض وأمنه ويكون هذا التحسين له مغزاه، وقابل للإثبات عمليًا وقابل للقياس (٤).

التخطيط الإستراتيجى لتحسين جودة الرعاية الصحية

النقطة الثانية فى النقاط السبع الفعالة للقيادة فيما نشره "معهد تحسين الرعاية الصحية " هى إنشاء إستراتيجية قابلة للتنفيذ للتوصل للأهداف على مستوى المنظمة والإشراف على تنفيذها عند أعلى مستويات الحوكمة. يجب أن تكون هذه الإستراتيجية حسب ما هو ملائم من حيث المقياس وسرعة الخطى، وأن تشرك هذه الإستراتيجية القواد الذين لديهم ما هو ضرورى من السلطة والنفوذ.(٣)

فى سنة ٢٠٠٠، فى أعقاب اتخاذ قرار الجودة، أسس مجلس أمناء منظمة "مبرص" لجنة إستراتيجية لتحسين جودة الرعاية الصحية، لتحديد المؤشرات الرئيسية لجودة الرعاية الصحية ولصنع التوصيات لقياس وتحسين جودة الرعاية. وضعت اللجنة خطة إستراتيجية لتحسين الرعاية الصحية تتأسس على ثلاثة عناصر مهمة:

(١) تنظيم صفوف كل أعضاء اللجنة عبر منظمة "مبرص"، وكذلك أيضًا ما فى منظمة "مبرص" من القيادات الكبرى الإدارية والطبية وموظفى خط المواجهة، حتى تكون هناك أولوية لجودة الرعاية لديهم جميعًا؛ و

(٢) إدخال حوافز للأداء الإدارى مرتبطة بالمؤشرات الإكلينيكية؛ و

(٣) خلق فريق لعمليات تحسين الرعاية الصحية يكون متعددًا فى الفروع المعرفية يوجد عبر كل ما فى منظمة "مبرص" من الوحدات العملياتية بكل المستشفيات.[٤]

فحصت اللجنة كل البرنامج السنوى لمكافأة الأداء واقترحت تأسيس حوافز سنوية لتشجيع اتخاذ الأهداف المثالية للرعاية بواسطة ربط تعويض الإدارة بمؤشرات إكلينيكية خاصة (انظر الفصل ٤) [٥].

مقاربات لتنظيم وإدارة مبادرات

للجودة بكل إتساع المنظمة

النقطة الثالثة فى النقاط السبع الفعالة للقيادة فيما نشره معهد " تحسين الرعاية الصحية" هى توجيه المسار لانتباه القيادة بشأن التحسين على مستوى المنظمة : وذلك بالنسبة للقيادة الشخصية، ومنظمات القيادة، والشفافية.[٥] بما يماثل ذلك، فإن التوصية الثالثة فى سنة ٢٠٠٠ للجنة التحسين الإستراتيجى لجودة الرعاية الصحية فى منظمة "مبرص" كانت توصية بخلق مجموعة قيادة لمنظمة "مبرص" ذات فروع معرفية متعددة من أجل تركيز الاهتمام لأن يتم على اتساع المنظمة تنفيذ مبادرات تحسين الرعاية الصحية. أدى هذا إلى أن تشكلت فى ٢٠٠١ "لجنة لأفضل رعاية" على إتساع المنظمة للتقدم بأهداف "**ستيب**" وكتابة تقرير عنها. على الرغم

من أن تحسين الجودة يتضمن "تسلق منحدر شديد، Steep climb[*] فإن المجلس تبين أن تركيز الجهود التنظيمية حول أهداف "**ستيب**" هو الفعل الصحيح فى الأداء.

فى ٢٠١٢ حولت منظمة "مبرص" "لجنة أفضل رعاية" إلى "مجلس حوكمة "**ستيب**" (محس)، وهو مجموعة نظمت صفوفها بالكامل من أجل جهود التحسين باتساع المنظمة. أشرك هذا التحول النقطة الخامسة من النقاط السبع الفعالة للقيادة كما نشرها "معهد تحسين الرعاية الصحية": "جعل الموظف المالى الرئيسى نصيرًا للتحسين".[٦] ليسرّع من التقدم فى مجال الكفاءة للرعاية بطريقة "**ستيب**". الأعضاء الذين يدلون بأصواتهم فى "محس" يشملون الموظف الرئيسى للجودة فى المنظمة (الذى يرأس اللجنة)، والموظف الرئيسى لعمليات تشغيل المنظمة، والموظف الطبى الرئيسى للمنظمة، وموظفة التمريض الرئيسية للمنظمة، والموظف المالى الرئيسى للمنظمة، ورئيس المجلس، ورئيس مجموعة الأطباء الموظفين فى المنظمة، وكبير نواب الرئيس الذى يشرف على كل مستشفيات المنظمة. خطوط الخدمة الإكلينيكية لمنظمة "مبرص" يتصل مسارها "بمحس"، كما تفعل ذلك أيضًا اللجان الخمس الفرعية لنظام "**ستيب**" (الأمان، والامتياز الإكلينيكى، والكفاءة، والعدل، وأن يكون مركز الرعاية هو المريض). يمثل "محس" الجهود المدمجة للقيادة الإكلينيكية، والعملياتية والمالية ويعمل على تأكيد أن جهود التحسين تضم كل مجالات الرعاية بطريقة "**ستيب**".

(*) هناك نوع من جناس ناقص بين كلمة **Steep** (شديد الانحدار) ومصطلح **STEEEP**. (المترجم)

يكلِّف "محس" بإنشاء المبادرات للتحسين وما يتعلق بذلك من تخصيص للموارد، وتنسيق لتنفيذ مشروعات تحسين الجودة خلال كل منظمة "مبرص"، ويبقى مجلس " محس" نفسه هو وآخرون غيره مسئولاً عن النتائج عبر منظمة "مبرص". يركز "محس" على أن يجعل هناك أولوية والتزامًا بالموارد الضرورية لتمكين التنفيذ الناجح لمبادرات تحسين الرعاية الصحية بكل اتساع للمنظمة، وذلك بأن يحدث استيعاب وتمثّل لجهود القيادة الإدارية والتمريضية والطبية. (٤-٦)

مبادرات الجودة التى يقرها مجلس "محس" تتم بالاسترشاد بإطار "**ستيب**" كما وضع خطته "المعهد الطبى".(٧) من أجل أهداف تحسين الجودة وكذلك أيضًا من أجل دعم التزام منظمى "مبرص" بالشفافية فى الرعاية الصحية، يقوم مجلس "محس" بمراجعة العشرات من مؤشرات الأداء عبر مجالات "**ستيب**". هناك تقرير عن "لقطات سريعة" للأداء وعن وضع الاتجاهات فى هذه المؤشرات، ويقدم هذا التقرير شهريًا لمجلس الأمناء، والرئيس التنفيذى للموظفين، والقيادات الأعلى، والقائمين بالرعاية الصحية فى خط المواجهة، وأخيرًا لكل الموظفين، وذلك عن طريق ما لدى "مبرص" داخل الشبكة، من موقع (لويب) " لتقرير الرعاية بطريقة **ستيب**". يتابع هذا التقرير مسار أداء "مبرص" فيما يتعلق بأهدافها السنوية "للجودة والخدمة". وبالتالى فإن عمل "محس" تنتظم صفوفه فى خط منسق عن قرب وثيق مع أول عنصر تأسيسى فى قائمة "المعهد الطبى للفحص من أجل الرعاية الصحية المرتفعة القيمة: بمعنى أولية المحكومية والحاجة إلى قواد من كبار التنفيذيين وأعضاء المجالس، لتوفير قيادة مرئية لها تصميم على أهداف الجودة وتقدمها (٨).

يحتاج المرضى إلى أن تتم دعوتهم إيجابيًا بواسطة كل من يمنح لهم رعاية عن كل نقطة تفاعل مشتركة فى منظومة الرعاية الصحية حتى يساهموا فى رعاية أنفسهم هم بذاتهم، وفى قرارات العلاج التى تخصهم، وذلك بأن يوصلوا احتياجاتهم وأولوياتهم، وبأن يفهموا كل ما لهم من خيارات وما يتعلق بذلك من مخاطر وفوائد. هذه هى الطريقة الوحيدة التى يمكن أن يحدث بها اتخاذ قرار يكون حقًا مشتركًا ومنورًا بالمعلومات. يحتاج المرضى كذلك لأن يشاركوا إيجابيًا فى التصميم والحوكمة على النطاق الأوسع لمنظمة الرعاية الصحية وجهودها الجارية باستمرار فى التحسين. النقطة الرابعة فى النقاط السبع الفعالة للقيادة كما نشرها "معهد تحسين الرعاية الصحية " هى أن يوضع المرضى والعائلات فى فريق التحسين، مع إدراك أن المنظمات التى تتوصل إلى مستويات رفيعة من التحسين غالبًا ما تطلب من المرضى والعائلات أن يشاركوا مباشرة فى عملية التحسين، وتضعهم فى أوضاع من النفوذ الحقيقى (٩).

توظف منظمة "مبرص" مستشارين من جهة المرضى للمساعدة فى إعطاء دافع للموظفين وحفز التغيير. المستشار قد يكون أحد المرضى أو عضوًا عائلاً من الأسرة أو صديقًا للمريض. يعمل المستشارون من جهة المرضى فى المجالس أو يساهمون فى مجموعات تركيز الاهتمام أو مجموعات العمل. هكذا فإنه فى عام ٢٠١٣ أصبح لدى منظمة "مبرص" ثمانية مستشفيات فيها مستشارون نشطون، وثلاثة عشر مستشفى بمجموعات وُفِق لها على أن تضيف مستشارين، وإجمالى من ٤٠ من المستشارين يوفرون مدخلات وتوصيات لمشروعات شتى. كمثل لذلك، فإنه عندما تم بناء مستشفى أندرو للنساء المرتبطة "بمركز بايلور الطبى لكل القديسين"، أعطى عشرون مستشارا توصياتهم حول تصميم المنشأة وسهولة انسياب مسارها. المستشارون من جهة المرضى يوفرون أيضًا

مدخلات لأمان المرضى وأبحاث التحكم فى العدوى فى "المركز الطبى" لجامعة بايلور.

منظمة "مبرص" بالإضافة إلى عملها مع مستشارين من جهة المرضى عبر السنوات العديدة الماضية، قد عملت أيضًا على تأكيد أن يبقى مرضاها وعائلاتهم معًا عند الإقامة داخل المستشفى، وأن يكونوا ممن يشملهم تقرير النوبات التى تجرى بجانب سرير المرضى وتقرير عدم التدخل، وأن يلتقى قادة التمريض والقادة الآخرون الإكلينيكيون بلقاءات منظمة معهم وجهًا لوجه أثناء المقابلات فى المستشفى.

إشراف قيادة الأطباء

النقطة السادسة فى النقاط السبع الفعالة للقيادة كما نشرها "معهد تحسين الرعاية الطبية" هى إشراك الأطباء. بينما لا يمكن للأطباء وحدهم الوصول لتحسين الأداء على مستوى المنظمة، إلا أن إشراكهم أمر حاسم. من غير المرجح أن تتوصل المنظمات إلى إنجاز التحسين بدون معرفة الأطباء وقيادتهم.[1] منظمة "مبرص" تشرك الأطباء بواسطة "مجلس قيادة الأطباء" (انظر الفصل السادس).

بالإضافة لذلك، كان هناك عنصر أساسى فى الخطة المالية "لمبرص" للأعوام ٢٠٠٥ – ٢٠٠٩، وهو عنصر داعم للأبطال من أطباء (مبرص)، الذين يوفرون رأس المال العقلى والقيادة لجهود الجودة خلال كل منظمة "مبرص". هؤلاء الأطباء، والكثيرون منهم لهم الآن أدوار موسعة كقواد لخط الخدمة الإكلينيكية فى "مبرص"، يوفرون الدوافع،

والتشجيع والخبرة الطبية وخبرة إجراءات التعامل عند تصميم الحلول تعاونيًا من أجل مواجهة التحديات التى تعترض تحسين الجودة.

بناء القدرة على التحسين

النقطة السابعة فى النقاط السبع الفعالة للقيادة كما نشرها "معهد تحسين الرعاية الصحية" هى بناء القدرة على التحسين. منظمة توصيل الرعاية الصحية يجب أن تكون قادرة تكنيكيا على صنع التحسينات، وأن تبقيها مستمرة وتعمل على نشرها. تعتمد هذه القدرة التكنيكية على البنية التحتية المخصصة لجهود تحسين الجودة.[١]

إحدى مقاربات "مبرص" المبكرة الواضحة لتحسين الجودة قد نالت دعمًا فى ١٩٩٤ بواسطة تشكيل أول لجنة إكلينيكية على النطاق الواسع للمنظمة، وهى "مجلس الجودة"، الذى وفر الرؤية لدمج قياس الجودة والتحسين فى منظمة "مبرص" على مستوى التنظيم والإجراءات. خلق المجلس خطة لتحسين الجودة قُصد بها توفير برنامج لتحسين الجودة يكون منهجيًا، ومتكاملاً، ومستمرًا من أجل تصميم وقياس، وتقييم، وتحسين الأداء فى عمليات الجودة الإكلينيكية المتكاملة، ونتائجها، والاستخدام الفعال للموارد لفائدة المرضى وأعضاء منظمة الرعاية الصحية.[٤]

نتج عن خطة المجلس لتحسين الجودة خلق قُوى تنفيذ للمهام ذات فروع معرفية متعددة تدفعها مناهج التعامل المستمر مع الجودة. هذه الخطة لها إستراتيجية من "التخطيط – العمل – المراجعة – التنفيذ (تعمن)، وحسب هذه الإستراتيجية تبين أن هناك حاجة لتحسين إجراءات التعامل؛ يتلو ذلك، فحص فريق من الخبراء لإجراء التعامل واختيار واحدة

أو أكثر من إستراتيجيات التحسين لتنفيذ البند/ت (التخطيط)، ثم بعد أن يتخذ التغيير وضعه الملائم أى البند/ع (أو العمل)، يدرس الفريق الإجراء الجديد أى البند/م (المراجعة) ويستخدم هذا التحليل لإعادة تصميم وتنفيذ مقاربة لتوصيل الرعاية تكون حتى أكثر فاعلية، أى البند/ن (التنفيذ).

كنتيجة لخطة تحسين الجودة، لاحظ قواد تحسين الجودة المستمر في تقريرهم السنوى في ١٩٩٦ أن هناك ١٩ فريقًا إكلينيكيًا، وعشرة مسارات للرعاية الإكلينيكية الجديدة أو الخطوط الإرشادية الهادية، و ١٨ من مسارات الرعاية أو الخطوط الإرشادية تجرى تنميتها أو على وشك الحصول على موافقة عليها. هناك ٩٨ من الأعضاء الأطباء يركزون على خفض التغاير والتكاليف فيما يتعلق برعاية أمراض الجهاز الدورى، وجراحة الأوعية الدموية، وحالات العظام، والطب الباطنى، والرعاية الأولية.(٤) ختم التقرير بأن لاحظ أن "إجمالى التخفيض المقدّر في التكاليف المباشرة = ٤٠٤٢٨٣٤ من الدولارات. ليس هناك خفض في الجودة يتأسس على ما قيس من المؤشرات".(٧)

عند بداية بناء قدرة منظمة "مبرص" على التحسين، أكّد "المجلس" مرة ثانية التزامه بالجودة في ١٩٩٩ بأن أعطى تفويضًا " لمبرص" لتوظيف الموظف الرئيسى الأول للجودة، كما ركز المجلس جهدًا جديدًا للتخطيط الإستراتيجى حول الرؤية التى تم ذكرها بوضوح بأن "تصبح المنظمة المصدر الموثوق به لأقصى حد للخدمات الصحية الشاملة". حاليًا، كل مستشفى في "مبرص" لديها مجلس استشارى و"لجنة للرعاية بطريقة (ستيب)" تعطى المعلومات المنورة وتتخذ القرارات المتعلقة بمبادرات الرعاية الصحية، وتكافح لمساعدة منظمة "مبرص" فى تحقيق رؤيتها.

الالتزام بالحملة القويمة لمائة ألف حياة

فى ٢٠٠٥، بدأ "معهد تحسين الرعاية الصحية" "حملته لمائة ألف حياة" لإنقاذ مائة ألف حياة عبر ١٨ شهرًا عن طريق ٦ تدخلات أمان للمريض:

- حشد فرق استجابة سريعة لأول علامة لهبوط حالة المريض.
- توصيل رعاية موثوق بها، وعلى أساس الأدلة، لحالات احتشاء القلب الحاد لتوقى حالات الوفاة من نوبة قلب.
- توقى الأحداث الضارة من الأدوية بتنفيذ التوافق العلاجى.
- توقى حدوث حالات عدوى فى الخط المركزى بتنفيذ سلسلة من الخطوط باعتماد متبادل، ذات أسس علمية، تسمى "حزمة الخط المركزى".
- توقى حالات العدوى فى موضع الجراحة بأن يتم على نحو موثوق به إعطاء المضادات الحيوية اللائقة قبل العملية فى الوقت المناسب لذلك.
- توقى حالات الالتهاب الرئوى المصاحبة لاستخدام أجهزة التهوية، وذلك بتنفيذ سلسلة من الخطوات باعتماد مبادل، وعلى أسس علمية، بما فى ذلك "حزمة جهاز التهوية".

مع إدراك أهمية هذه المبادرة لجودة الرعاية الصحية، أصدر "مجلس أمناء منظمة (مبرص)" قرارًا يلزم منظمة (مبرص) بأن "تنفذ سريعًا" البرامج الستة مع إرساء هدف بخفض معدل الوفيات للحالات الداخلية فى المستشفى بحد لا يقل عن ٤ % فيما بين السنة المالية ٢٠٠٥

والسنة المالية ٢٠٠٦ وذلك معًا على مستويات المستشفيات الفردية هى ومستويات التجمع عبر المنظمة كلها.

منظمة "مبرص" بالإضافة إلى أنها انضمت مبكرًا "لحملة مائة ألف حياة لمعهد تحسين الرعاية الصحية"، فإنها أيضًا واصلت وتوسعت فى عملها فى تحسين أمان المريض بإنشاء "مكتب أمان المريض" لتوفر بكل اتساع المنظمة قياسًا للأداء وتنسيقًا لحقيبة برامج عريضة لأنشطة التحسين من أجل تخفيض نسبة وفيات الحالات الداخلية المعدلة حسب المخاطر. بالإضافة لذلك، حشدت "مبرص" ونقحت وسائل معايرة للتنبيه من أجل قياس وقوع الأحداث الضارة فى أوضاع الحالات الداخلية والرعاية الأولية، ومن أجل توفير المعلومات عن طبيعة هذه الأحداث، وهى معلومات ضرورية لتوفير تكتيكات للتحسين لتوقى وقوع هذه الأحداث.

وافق المجلس بالإجماع على مساهمة منظمة "مبرص" فى "حملة معهد الرعاية الصحية لخمسة ملايين حياة " فى ٢٥ يناير ٢٠٠٧. تقوم هذه الحملة بتوسيع بؤرة الاهتمام بتوقى وفيات الحالات الداخلية بالمستشفى لتكون أيضًا بؤرة للاهتمام بتوقى أحداث الضرر الطبية، بما فى ذلك أخطاء العلاج والأحداث الضارة من الأدوية.

تنظيم الصفوف فى خط متسق مع أولويات الرعاية الصحية القومية

التزام مجلس منظمة "مبرص" بالجودة ينتظم فى صف متسق مع توصيات دليل ٢٠٠٨ "لمعهد الرعاية الصحية" عن "المجالس عندما تعمل". حسب هذا الدليل ينبغى أن تركز المجالس على ست خطوط فعل رئيسية لتحسين جودة الرعاية الصحية وأمان المريض.

١- وضع الأهداف: وضع هدف مخصوص لتخفيض الأضرار هذا العام. صنع التزام عام واضح بتحسين جودة قابل للقياس (مثال ذلك، تخفيض ماهو غير ضرورى من حالات الوفيات والأضرار)، وإرساء هدف واضح للمنشأة أو المنظمة.

- مجلس منظمة "مبرص" يضع أهدافًا بكل اتساع المنظمة تتعلق بالجودة (بما فى ذلك تخفيض الوفيات وإجراء قياسات الرعاية فى "مركز الرعاية الطبية " و "المساعدة الطبية"، وتتعلق أيضًا بالخدمة (بما فى ذلك إرضاء المريض)، وبالأفراد (بما فى ذلك إرضاء الموظفين)، وبالماليات. هذه الأهداف تُنظم فى تسلسل يصل منحدرًا لكل الموظفين، وتتم المشاركة فى التقدم تجاه الأهداف من خلال لوحات الشفافية المعروضة فى المنشآت كلها.

٢- الحصول على البيانات والاستماع للقصص: اختيار ومراجعة التقدم نحو رعاية أكثر أمنًا باعتباره أول بند فى جدول أعمال كل اجتماع للمجلس، ويكون ذلك مؤسسًا على الشفافية وإضفاء "وجه إنسانى" على بيانات الأضرار.

يتلقى مجلس منظمة "مبرص" بيانات أمان المرضى التى يوفرها مجلس (محس) فى التقرير الشهرى، وكذلك لوحة أجهزة القياس عند رئيس الموظفين التنفيذيين، وهى متاحة على منفذ الأمناء، وتعرض البيانات المالية وبيانات الجودة ورضا المريض على مستويات المنظمة والمنشآت. المجلس يستمع إلى القصص من المرضى الفرديين ويتواصل معها حتى يدفع الجودة قدمًا، وكمثل شاهد المجلس فى ٢٠٠٦ فيلم فيديو "لفريق الاستجابة السريعة"، يقدم حكاية مريضة ممتنة هى وزوجها، تصف فيها كيف أن حياتها تم إنقاذها بواسطة فريق الاستجابة السريعة "الذى

نفذته منظمة "مبرص" كجزء من إسهامها فى حملة "المائة ألف حياة لمعهد تحسين الرعاية الصحية".

٣- إرساء ومتابعة القياسات على مستوى المنظمة: يتم باتساع المنظمة تكوين مجموعة صغيرة من المقاييس "المجمعة" لأمان المريض (مثلا، نسبة وفيات معدلة حسب المخاطر والأضرار باتساع المنشأة)؛ يتم تحديث القياسات باستمرار وجعلها شفافة للمنظمة كلها وكل عملائها.

مجلس منظمة "مبرص" يضع أهدافًا باتساع المنظمة تتعلق بتخفيض نسبة الوفيات بين المرضى الداخليين، واتباع قواعد عمليات مركز "الرعاية الطبية" و "المساعدة الطبية لقياسات الرعاية، وتخفيض إعادة الدخول للمستشفى، وكذلك الأداء بمقاييس لخبرة المريض مثل أن يتم فى "تقييم عملاء المستشفى عن مقدمى الرعاية الصحية ونظم هذه الرعاية" إجراء بحث مسح ومتابعات للتقدم تجاه هذه الأهداف. يبدأ وضع الأهداف بتوصيات من القيادات الإكلينيكية، التى ترسى مجالات الاهتمام والمستويات التى تتأسس على المدخلات من المساهمة فى المنظمات، مثل "منتدى الجودة القومى". هذه المساهمة بواسطة القيادة الإكلينيكية تساعد منظمة "مبرص" على أن تظل "فى المقدمة من المسار". الأهداف هى والأداء المتداول يتم عرضها كلها على لوحات الشفافية خلال كل منشأة بأكملها وتوجد فى تقرير "**ستيب**" لأفضل رعاية" وهو تقرير دورى يتم بكل اتساع المنظمة.

٤- تغيير البيئة، والسياسات، والثقافة: الالتزام بإرساء والحفاظ على بيئة تتمتع بكامل الاحترام والإنصاف، وتكون عادلة لكل من يخبرون الألم ويعانون بالإحساس بالفقدان الناتج عما يمكن تجنبه من نتائج فيها أذى وضرر: حيث يكون المرضى وعائلاتهم والهيئة العاملة عند الطرف الأليم الحاد للخطأ.

اتخذ مجلس منظمة "مبرص" القيم الجوهرية الخمس "لمبرص"، إرساء ثقافة لها احترامها الكامل وفيها إنصاف : الجودة، وأداء الخدمة، والتكامل، وأداء المهام الإدارية والمالية، والابتكار (المقدمة، شكل ١-١). التزام المجلس بالكشف عن الخطأ ينعكس فى سياسة منظمة "مبرص" للكشف عنه، وهى سياسة تحدد عملية موصّى بها للكشف عن الأخطاء للمرضى.

تستخدم منظمة "مبرص" نظامًا إلكترونيًا شائعًا لهيئة العاملين لكتابة تقرير تطوعى عن أحداث أمان المريض، وأحداث التقصير فى وقت قريب، مثل أحداث السقوط، وأخطاء استخدام الدواء، وردود الفعل الضارة من الأدوية، وأخطاء الاختبار والعلاج، والعثرات المادية الخطرة، والأحداث المتعلقة بغرفة العمليات، وشكاوى المرضى، وإصابات الموظفين.

"مكتب منظمة "مبرص" لأمان المريض" قد نفذ أيضًا وسيلة أكثر موضوعية لتحديد وقياس الضرر المؤسس على رعاية المستشفى، واسم هذه الوسيلة هو "أداة بايلور لقياس أحداث الضرر"، وهى نسخة موسعة من أداة "التنبيه أو قدح الزناد العالمية لمعهد تحسين الرعاية الصحية ".(٩-١١) تستخدم هذه الوسيلة الفحص الدقيق لخرائط للمرضى الداخليين يتم اختيارها عشوائيًا لتقييم معدل الأحداث الضارة فى مستشفيات منظمة "مبرص". منظمة "مبرص" عندما تجمع وتوصل بيانات الأداء المتعلقة بمعدلات الأحداث الضارة، فإنها مع ذلك تؤكد أن أهدافها لا تتعلق باتخاذ إجراء نظامى بالنسبة للأطباء أو هيئة العاملين، وإنما هى بدلاً من ذلك تساعد فى تحديد أنماط الأحداث الضارة التى ربما تدل على أوجه فشل فى

المنظمة، ويمكن عنـدها أن تنـشئ المستـشفيات / الأقـسام تـدخلات تحـسين تستهدف من أجل التعامل معها.

٥- التعلم... بدءًا من المجلس: العمـل علـى تنمية قـدرات مجلـسك. العمـل على التعلم من "أفضل ما فى العـالم" مـن أعمـال المجـالس مـع القـواد التنفيذيين وقـواد الأطبـاء لتخفـيض الـضرر. ضـع توقعًـا للمـستويات المماثلة من التعليم والتدريب لكل هيئة العاملين.

شجع المجلس التنمية المستمرة لكبار قادة منظمـة "مبـرص" بـأن دعـم دراستهم فى الإداريات، وإدارة الأعمـال (البيـزنس). منظمـة "مبـرص" تـأتى أيضًا بخبراء فى القيادة من كل أرجاء البلاد ليتحـدثوا عـن الرعايـة الـصحية والبيزنس الصحى، وذلك لتعليم قوادها علـى مـستوى كبـار نـواب الـرئيس، ونائب الرئيس، والمديرين، وكبار الإداريـين، وذلـك أثنـاء اجتماعـات اليـوم الواحد "لمعهد تنمية القيادة" التى تجرى مرتين فى كل سنة.

٦- إرساء المسئولية التنفيذية : الإشراف على التنفيـذ الفعـال للخطـة للتوصـل إلى أهدافك فى تقليل الضرر، بما فى ذلك مـسئولية الفريـق التنفيـذى عـن الأهداف الواضحة لتحسين الجودة.

المجلس يدفع قدمًا "برنامج منظمـة "مبـرص" لجـوائز الأداء".(٥) تحـت هذا البرنامج تكون هناك جـوائز سـنوية ماليـة لأداء قـواد "مبـرص" (علـى مستوى المدير وما فوقه) وهـى جـوائز تُـربط بالماليـات (هـامش التـشغيل المالى)؛ والجودة (نسبة وفيـات للمرضـى الـداخليين، والأداء عبـر القياسـات الجوهرية "لمراكـز الرعايـة الطبيـة والمـساعدة الطبيـة"، وإعـادة الـدخول للمستشفى)؛ والخدمـة (درجـات بحـث لمـسح رضـا المـريض)؛ والأفـراد (الإبقاء على الموظفين). يُبقـى البرنـامج جـزءًا مـن تعـويض القـواد "عنـد الخطـر"، بكميـة مخصـصة تحـدد كنـسبة مئويـة مـن المرتـب الأساسـى للموظف، تتراوح من ٥ فى المائة للمديرين الإكلينيكيـين إلـى ٤٠ فـى المائـة

لرئيس الموظفين التنفيذيين. هذه المقاربة بالحوافز تخلق بيئة يكون القادة فيها مسئولين بوضوح عن جودة الرعاية الصحية.

الاستنتاج

"معهد تحسين الرعاية الصحية" قد حدد سبع نقاط فعالة للقيادة من أجل تحسين المستوى التنظيمي في الرعاية الصحية، ويصحب هذا أن جهود "مبرص" لتحسين الجودة قد نظمت صفوفها لترتبط وثيقًا في خط متسق مع هذه النقاط.

الوصول إلى "المجلس عندما يعمل" هو أول خطوة تجاه التأكيد على الالتزام بالجودة خلال أي منظمة بأسرها. أدركت منظمة "مبرص" هذا الواجب الملزم مبكرًا في رحلتها، واستجاب مجلس "مبرص" بأن وضع صيغة رسمية لالتزامه بالجودة، وبأن يرسي ويشرف على أهداف خاصة لتحديد الجودة على مستوى المنظمة، وبأن يربط المجلس تعويض الإدارة بمؤشرات إكلينيكية، وبأن يخلق مجموعة قيادة ذات فروع معرفية متعددة لتركز اهتمامها على تحسين الرعاية الصحية بكل اتساع المنظمة، وبأن يتخذ إطار "ستيب" "للمعهد الطبي". إدراك المجلس لزمن طويل بأن الجودة تتكامل مع أعمال البيزنس لمنظمة "مبرص" يعطي المثل لما لاحظه دونالد بيرويك مؤسس "معهد تحسين الرعاية الصحية"، وتفيد هذه الملاحظة بأن "المسئولية الكاملة تقع على غرفة اجتماع المجلس".(١٢)

المراجع

1. Reinertsen, J. L., M. Bisognano, and M. D. Pugh. 2008. *Seven leadership leverage points for organization-level improvement in health care*, 2nd ed. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement.
2. Cosgrove, D., M. Fisher, P. Gabow, G. Gottlieb, G. Halvorson, B. James, G. Kaplan, et al. 2012. *A CEO checklist for high-value health care.* Washington, D.C.: Institute of Medicine, June.
3. Institute for Healthcare Improvement. 2008. 5 Million Lives Campaign. Getting started kit: Governance leadership "Boards on Board" how-to guide. Online at: http://www.ihi.org/knowledge/Pages/Tools/HowtoGuideGovernanceLeadership.aspx (accessed May 15, 2013).
4. Ballard, D. J., B. Spreadbury, and R. S. Hopkins, 3rd. 2004. Health care quality improvement across the Baylor Health Care System: The first century. *Proceedings* (Baylor University Medical Center) 17 (3): 277–288.
5. Herrin, J., D. Nicewander, and D. J. Ballard, The effect of health care system administrator pay-for-performance on quality of care. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 34 (11): 646–654.
6. Ballard, D. J. 2003. Indicators to improve clinical quality across an integrated health care system. *International Journal for Quality in Health Care* 15 (Suppl 1): i13–23.
7. *Executive summary, Annual report of the clinical CQI teams.* 1996. Dallas: Baylor University Medical Center.
8. Institute for Healthcare Improvement. Protecting 5 million lives from harm. Online at: http://www.ihi.org/offerings/Initiatives/PastStrategicInitiatives/5MillionLivesCampaign/Pages/default.aspx (accessed December 12, 2012).
9. Good, V. S., M. Saldana, R. Gilder, D. Nicewander, and D. A. Kennerly. 2010 Large-scale deployment of the Global Trigger Tool across a large hospital system Refinements for the characterisation of adverse events to support patient safety learning opportunities. *BMJ Quality and Safety* 20 (1): 25–30.
10. Kennerly, D. A., M. Saldaña, R. Kudyakov, B. da Graca, D. Nicewander, and J. Compton. 2013. Description and evaluation of adaptations to the Global Trigger Tool to enhance value to adverse event reduction efforts. *Journal of Patient Safety* 9 (2): 87–95.
11. Griffin, F. A., and R. K. Resar. 2007. *IHI Global Trigger Tool for measuring adverse events.* Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement.
12. Berwick, D. M. 2006. An interview with Donald Berwick. Interview by Paul M Schyve *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 32 (12): 661–666.

الفصل الثانى

القيـــادة

جويل ت. أليسون و دافيد ج. بالارد

مقـدمــة

بينما يبدأ الالتزام التنظيمى بالجودة عند أعلــى مـستوى للحوكمــة، فــإن القيادة التنظيمية عند كل المستويات يكون فيها تكامــل مــع تنفيــذ وإنجـاز هــذا الالتزام. ينعكس هذا على النقطة الثالثة من النقــاط الــسبع الفعالــة للقيــادة عنــد "معهد تحسين الرعايــة الــصحية"، والتــى تتطلــب أن يتركــز انتبــاه القيــادة لتحسين الجــودة علــى مــستوى المنظمــة بــأن يُوجــه الانتبــاه إلــى القيــادة الشخصية، ونظم القيــادة، والــشفافية.[1] نفــذت منظمــة "مبــرص" مبــادرات عديدة لتنمية القيادة الشخصية، ونظم القيــادة، والــشفافية خــلال كــل منــشآتها وذلك بهدف تحسين جودة الرعاية الصحية لمرضاها.

التزام القيادة بالجودة

حتى يدفع القــادة بنجــاح التحــسين علــى المــستوى التنظيمــى، فــإنهم يحتاجون للالتزام بما لدى منظمة "مبرص" من رؤيــة، ورســالة، وقــيم (انظــر المقدمة، شكل١،١). أحد الجهود المبكرة لتأكيد هــذا الالتــزام تــشكيل " مركــز للقيادة " فى ١٩٩١. فى أول الأمــر أشــرف "مركــز القيــادة" علــى تحــسينات تنظيمية تتأسس على إجمالى مبادئ إدارة الجــودة ببراعــة، وعلــى أفــراد قــوة تعمل لتنفيذ مهمة إكلينيكيــة متواصــلة لتحــسين الجــودة. وهــى قــوة بــدأت

بواسطة "المركز" فى ١٩٩٢. شكلت منظمة "مبرص" فى ١٩٩٤ أول لجنة إكلينيكية باتساع المنظمة، اسمها "مجلس الجودة "، وفى ٢٠٠٠ تأسست لجنة إستراتيجية لتحسين جودة الرعاية الطبية، وذلك حتى تعطى التوصيات التى تتعلق بقياس وتحسين جودة الرعاية (انظر الفصل الأول).(٢-٤)

لوحات اتصال لدفع الشفافية التنظيمية

الأهداف التنظيمية هى وما يجرى من تقدم فى منظمة "مبرص" فى اتجاه الإيفاء بهذه الأهداف، تُجعل كلها شفافة للموظفين على موقع ويب للمنظمة داخل شبكة الإنترنت، وكذلك فى لوحات الاتصال التى توضع خلال كل منشآت منظمة "مبرص"، الأمر الذى يثبت عمليًا التزامنا بالشفافية. لوحات الاتصال تَعرض علنًا أهداف تحسين الجودة، والأداء الفعلى على مستوى المنظمة، والمنشأة. والقسم فى مناطق تركيز الاهتمام الأربع باتساع المنظمة" الأفراد، والجودة، والخدمة، والماليات. الكثير من هذه اللوحات تكون مرئية ليس فحسب للموظفين وإنما أيضًا للمرضى، والعائلات، وزوار المستشفى أو المنشأة. تستخدم منظمة "مبرص" أيضًا اجتماعات منتظمة للأقسام تجرى فى "قاعة المدينة" لتوصل للموظفين الأهداف والأداء على مستوى المنظمة، والمنشأة، والقسم، والفرد.

اجتماعات تنمية القيادة

منظمة "مبرص" تنمى القادة عن طريق "معهدها لتنمية القيادة". تعقد اجتماعات المعهد أربع مرات فى السنة، وبدأ ذلك فى ٢٠٠٦، حيث يجتمع التنفيذيون (بما فى ذلك رئيس الموظفين التنفيذيين، ورئيس موظفى العمليات) والمديرون، والإداريون. تهدف اجتماعات المعهد إلى:

- تنمية مهارات القيادة حتى تستطيع منظمة "مبرص" إنجاز أهدافها؛
- تنظيم صفوف كفاءات القاعدة فى خط متسق مع ما "لمبرص" من قيم ومناطق لتركيز الاهتمام؛
- تحسين أداء القيادة الفردية؛
- إذكاء شعلة حماس والتزام القائد؛
- الارتفاع بمسئولية وتماسك القيادة؛
- دعم رضا الموظف،
- تغيير السلوك، وهذا بدوره يؤدى لرقى "دائرة الرعاية" لدى منظمة "مبرص" (شكل ١،١)، ويواصل تحريك الثقافة لتكون ثقافة ممتازة.

يتعلم القادة فى إجتماعات "معهد تنمية القيادة" ما يجرى بشأن أهداف الأداء لمنظمة "مبرص" وما يحدث من تقدم تجاه الإيفاء بهذه الأهداف. اجتماعات المعهد أيضًا يُجلب لها خبراء مشهورون قوميًا، من خارج المنظمة، مثل كوينت ستودر، وجون كيتزهابر، ومارك ماك كليلان، وجون كونز، وجيم كولنز، ومورتن هانسن، ولين نيكولس، وتوم موريس، وذلك ليدرسّوا ويناقشوا أشغال البيزنس، والقيادة، والرعاية الصحية بقصد تزويد من يحضرون اللقاءات بمنظور أوسع فى تحسين الجودة وقياس الأداء. اجتماعات المعهد تتيح أيضًا الفرصة لقواد منظمة "مبرص" لصنع شبكة، وللمشاركة، فى الأفكار، والإستراتيجيات، والوسائل التى تتعلق بجودة الرعاية الصحية والاعتبارات المهمة الأخرى.

الاستنتاج

حتى يحدث تحسين لجودة الرعاية الصحية على المستوى التنظيمى ويكون له مغزى كامل واستمرارية، يجب أن يكون هناك التزام وتركيز اهتمام لانتباه القيادة بهذا التحسين، خاصة عن طريق القيادة الشخصية، ونظم القيادة،

والشفافية.[1] أدركت منظمة "مبرص" ذلك مبكرًا فى رحلتها للجودة وحشدت موارد واسعة لتنمية القادة وتمكينهم. منذ الأيام المبكرة "لمركز القيادة" و"مجلس الجودة"، أكدت "مبرص" على أن تكون نظم القيادة القوية باتساع المنظمة فى وضعها الملائم. تعمل منظمة "مبرص" على تنمية قوادها عن طريق اجتماعات "معهد تنمية القيادة" لدعم مهارات القيادة والارتفاع بالمسئولية. منظمة "مبرص" بالتزامها بالقيادة المتماسكة، المسئولة، والتى تركز اهتمامها على الجودة بما يدعم ما للمنظمة من رؤية، ورسالة وقيم، فإنها هكذا تتقدم قدمًا بالتزامها بتوصيل الرعاية لمرضاها بطريقة "**ستيب**".

المـــراجـــع

1. Reinertsen, J. L., M. Bisognano, and M. D. Pugh. 2008. *Seven leadership leverage points for organization-level improvement in health care*, 2nd ed. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement.
2. Ballard, D. J. 2003. Indicators to improve clinical quality across an integrated health care system. *International Journal for Quality in Health Care* 15 (Suppl 1): i13–23.
3. Ballard, D. J., B. Spreadbury, and R. S. Hopkins, 3rd. 2004. Health care quality improvement across the Baylor Health Care System: The first century. *Proceedings (Baylor University Medical Center)* 17 (3): 277–288.
4. Herrin, J., D. Nicewander, and D. J. Ballard, The effect of health care system administrator pay-for-performance on quality of care. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 34 (11): 646–654.

الفصل الثالث

البنى التنظيمية

دافيد ج. بالارد، وبول كونفرى، وجارى بروك

مقدمـــة

النقطة السابعة من النقاط الفعالة للقيادة "لمعهد تحسين الرعاية الصحية" هى بناء القدرة على التحسين.[١] أى منظمة لتوصيل الرعاية الصحية يجب أن تكـون قادرة تكنيكيًا على صنع، واستدامة، ونشر التحسينات، وتعتمد هذه القدرة التكنيكيـة جزئيًا على البنية التحتية المخصصة لجهود تحسين الجـودة. أدرك قـواد منظمـة "مبرص" فى وقت مبكر من رحلة الجودة أن توصيل الرعايـة بطريقـة "سـتيب" يتطلب دعما بنيويًا متينًا داخل المنظمة.[٢] فى ضوء هذا الواجب الملزم، بدأ هؤلاء القادة فى تنمية البنية التحتية المطلوبة لمساعدة المنظمة فى تحقيـق رؤيتهـا بـأن تكون "موثوقا بها كأفضل مكان لإعطاء وتلقى رعاية صحية ذات جودة وفيها أمان وتعاطف".[٣] هكذا فإن منظمة "مبرص" عملت من خلال شتى الفرق، والمجـالس واللجان والأقسام على تنظيم صفوف أهدافها وأنـشطتها فـى خـط متـسق مـع الأولويات القومية التى تعبر عنها منظمة مثل "المعهـد الطبـى"[٢،٤]، و"المنتـدى القومى للجودة".[٥] جعلت أيضًا منظمة "مبرص" مختلف مستشفياتها ومنشآتها تعمل معًا مجتمعة فى خدمة رسالتها من أجل "خدمة كل الناس عن طريق ما يضرب به المثل من الرعاية الصحية، والتعليم، والأبحاث، وخدمة المجتمـع". يعطـى هـذا الفصل أمثلة لعناصر بنيوية مهمة سهلت من الرعاية بطريقة "ستيب" خـلال كـل منظمة "مبرص".

إستراتيجيات تنظيم صفوف المنظمة

أحد التكتيكات المبكرة للتوصل إلى تنظيم صفوف المنظمة على نحو أعظم بواسطة البنى التنظيمية، تكتيك يتم بواسطة "فريق الفعل المتكامل للمنظمة" الذى خُلق فى أواخر تسعينيات القرن العشرين بواسطة جويل أليسون رئيس منظمة "مبرص" وكبير موظفى التنفيذ. قبل عام ٢٠٠٠، كانت بنية الحوكمة المشتركة "لمبرص" تركز على "المركز الطبى لجامعة بايلور"؛ مجالس أمناء "مبرص" و"المركز الطبى لجامعة بايلور"كانت متماثلة. فى سنة ٢٠٠٠ أخذت مجالس "مبرص" و "المركز الطبى لجامعة بايلور فى القيام بوظائفها منفصلة مع القليل من التداخل فى عضوية مجالس الأمناء. تم بمساعدة من "فريق الفعل المتكامل للمنظمة" أن اتخذت "مبرص" نموذج مشاركة أقوى، بإنشاء مجلس أمناء باتساع المنظمة يقوم بوظيفته بجانب مجلس عملياتى لكل مستشفى، وتم تنفيذ ذلك بالكامل بحلول ٢٠٠٧.

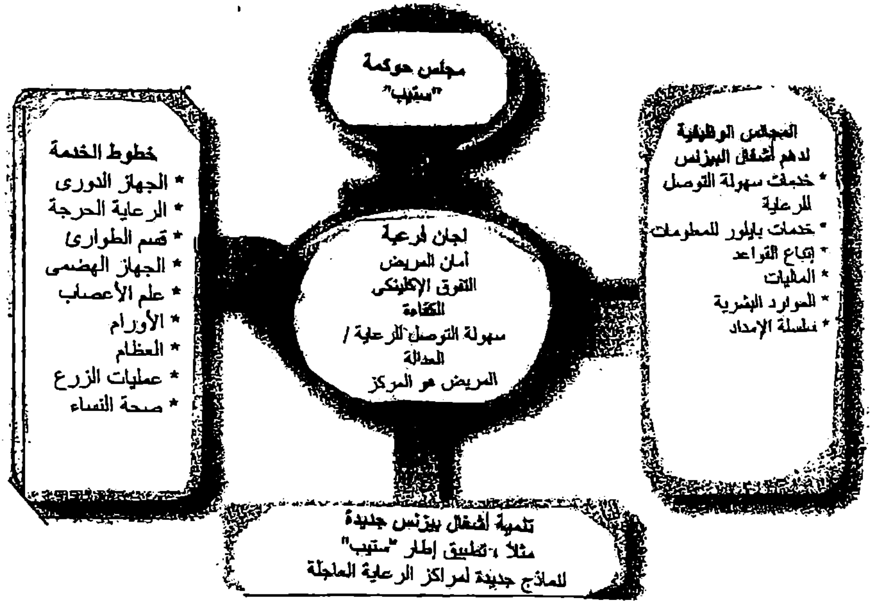
تنسيق مبادرات تحسين الجودة

حدث فى ١٩٩٨ تطور له أهميته تجاه توفير تحسين قابل للقياس لجهود التحسين الإكلينيكية، وذلك عندما شكلت منظمة "مبرص" "مجلس تنسيق لإدارة الجودة "، أعيدت تسميته لاحقًا باسم "مجلس تنسيق تحسين الجودة". يعمل المجلس كسلطة إدارة من أجل اتخاذ القرارات العملياتية والتنظيمية المتعلقة بالتنسيق، والتوصيل، والتكامل، وتوفير التعليم بشأن مبادرات جودة منظمة "مبرص". يشمل المجلس مديرى الجودة لكل مستشفى فى "مبرص"، وكذلك أيضًا المديرون الطبيون من "المركز الطبى لجامعة بايلور" والمستشفيات الأخرى. تم تدعيم "مجلس تنسيق تحسين الجودة" بواسطة "منتدى تواصل تحسين الجودة"، المسئول عن التواصل مع أفراد هيئة العاملين فى منظمة "مبرص" وتعلمهم بشأن تكامل الجودة، والموارد، وإدارة النتائج [٦].

في ٢٧ يناير ٢٠٠٠ وصل تاريخ منظمة "مبرص" في تنظيم صفوف البنى التنظيمية لدعم الرعاية بطريقة "**ستيب**" إلى علامة طريق أخرى مهمة، وذلك عندما أسس مجلس الأمناء "لجنة إستراتيجية لتحسين جودة الرعاية الصحية" (انظر الفصل الأول). تبع ذلك تأسيس "لجنة أفضل رعاية" في ٢٠٠١ (التي حولت في ٢٠١٢ إلى مجلس حوكمة "**ستيب**" (محس)؛ الفصل الأول) لتدبير أمر الحاجة إلى مجموعة قيادة لمنظمة "مبرص" ذات فروع معرفية متعددة لتركز هذه المجموعة الاهتمام على تنفيذ مبادرات تحسين الرعاية الصحية باتساع المنظمة. شكل ١،٣ يصور بنية تقرير مجلس "محس".

موارد أبحاث وتحسين الرعاية الصحية باتساع المنظمة

أثناء دعم منظمة "مبرص" لتركيز اهتمامها على الرعاية بطريقة "**ستيب**"، أدرك القادة التنظيميون الحاجة إلى خلق موارد جوهرية لتنمية، وتنفيذ، وقياس تأثير مبادرات الجودة عبر المنظمة. أسست منظمة "مبرص" في ١٩٩٩ "معهد أبحاث وتنمية الرعاية الصحية" لتحسين الرعاية الصحية عبر منظمة "مبرص" ولإجراء ودعم الأبحاث المتعلقة بالجودة خلال كل منظمة "مبرص". تحت إدارة كبير موظفي الجودة في هذا المعهد، يتقدم المعهد بالأولويات العملياتية لتحسين الرعاية الصحية. تتضمن أقسام المعهد مركز الابتكار الإكلينيكي، والوبائيات، ومكتب هدفه أن يكون مركز الرعاية هو المريض، ومكتب لأمان المريض، وقياس وتقديم تقرير عن الأداء، وتحليلات "**ستيب**". يوظّف " معهد أبحاث وتحسين الرعاية الصحية " علماء للوبائيات، وباحثين في خدمات الصحة (بما في ذلك علماء لاقتصاديات الصحة واتخاذ القرار)، وعلماء إحصاء حيوى، ومديرين ومبرمجين للبيانات، وكُتابًا ومحررين طبيين. جهود المعهد للتحسين يتم دعمها بواسطة الميزانيات العملياتية لمنظمة "مبرص"، بينما يتم تمويل مشاريع البحث الخاصة عن طريق موارد خارجية، مثل "المعاهد القومية للصحة (مقص)"، و"وكالة أبحاث وجودة الرعاية الصحية"، ومؤسسات ومنح أبحاث القطاع الخاص.



شكل ٣، ١ بنية التقرير لمجلس حوكمة "ستيب"

إشراك قيادة الأطباء

النقطة السادسة من النقاط السبع الفعالة للقيادة عند "معهد تحسين الرعاية الصحية" هى إشراك الأطباء.[١] تنظيم صفوف هيئة العاملين الطبية فى خط متسق مع الأولويات التنظيمية فيه تكامل يؤكد توصيل الرعاية بطريقة "**ستيب**"، ويتم تسهيل هذا التنظيم داخل منظمة "مبرص" بواسطة "مجلس قيادة الأطباء" (انظر الفصل السادس).

دمج الأطباء وتنظيم صفوفهم

شكلت منظمة "مبرص" شبكة توفير الصحة لتكساس" فى ١٩٩٤ لدمج أطباء الرعاية الأولية المتنقلة وأطباء الرعاية الخاصة فى المنظمة ككل، وبهذا يتم خلق

اتحاد فعال للطبيب – المستشفى داخل نطاق القيود التى تخلقها قوانين تكساس، وهى قيود تحظر الممارسة المشتركة للطب (انظر الفصل ١٤). "البنية التنظيمية "لشبكة توفير الصحة لتكساس" عنصر مهم فى تكوين مقاربة منظمة "مبرص" لجودة وتوصيل الرعاية بطريقة "ستيب". مقر رئاسة الشبكة فى دالاس، وهى مجموعة طبية ذات تخصصات متعددة، وتوظف ما يزيد عن ٥٩٠ من الأطباء يمارسون الطب فى ١٩١ موقعًا لتوصيل الرعاية فى منطقة شمال تكساس. تشمل الممارسة الطبية للمجموعة الطبية ٦٦ مركزًا للرعاية الأولية، و١٢٢ مركزًا للرعاية المتخصصة، وسبعة برامج للأطباء الاستشفائيين(*)، و٣ وحدات للرعاية الرئوية الحرجة، و١٣ عيادة متفوقة لأمراض الكبد، و٣ عيادات رفيعة المستوى لهبوط القلب، و٣ مراكز صحية لكبار السن، وكذلك ٣١ موقعًا لرعاية حالات أمراض الجهاز الدورى وبرنامج لممارسة فترة تخصص فى العائلة.(٧)

سجلت "شبكة توفير الصحة لتكساس" فى ٢٠١٢ أكثر من ٧و١ مليون زيارة للمرضى فى تلك السنة وإجمالى مطالبات يبلغ ٦١٥ مليون دولار، بما يجعلها واحدة من أكبر المجموعات الطبية فى الدولة. اختيرت الشبكة على أنها تستحق الجائزة الشرفية "لجمعية المجموعات الطبية الأمريكية"، وذلك فى كل من عامى ٢٠١١ و ٢٠١٢، وتلقت الشبكة جائزة هذه الجمعية للتفوق فى ٢٠١٠.(٧)

"شبكة توفير الصحة لتكساس" إذ تنظم صفوفها فى خط متسق مع رسالة ورؤية منظمة "مبرص" فإنها تتخصص فى الجودة وفى الإيفاء برسالتها بأن "تصل إلى التفوق فى توصيل رعاية صحية ذات جودة يسهل الوصول لها، وذات جدوى اقتصادية، وأثبتت الشبكة عمليًا رضا العميل، وهذا يوصل قيمة لها قدرها للمرضى، ودافعى النقود، والمجتمع" (٧).

(*) أطباء المذهب الاستشفائى مجموعة أطباء تركز اهتمامها المهنى على الرعاية الطبية والعناية بالمرضى عند دخولهم المستشفى، وتتضمن أنشطة هؤلاء الأطباء الرعاية ، والتعليم ، والأبحاث والقيادة بالنسبة لطب المستشفيات .(المترجم)

تتعاقد "شبكة توفير الصحة لتكساس" مع الأطباء، وتدير وتشغل ممارسات للرعاية الأولية، والرعاية المتخصصة، وتتابع تنظيمات للرعاية بإدارة ناجحة، مع أصحاب العمل، والمؤمّنين، ودافعي النقود الآخرين. الشبكة توسع أيضًا من نطاق سهولة وصول المريض لخدمة رعاية صحية ذات جودة، وتوسع من عدد الأطباء الذين يخدمون مرضى "مراكز الرعاية الطبية" و"المساعدة الطبية"، وتوسع من عدد الأطباء المتاحين لخدمة المعوزين طبيًا.(٨)

"شبكة توفير الصحة لتكساس"، من خلال تنظيم صفوف الأطباء اقتصاديًا، وبين لجانها، ونموذج مواردها الموزعة، واتخاذها للقرارات، ومسئولياتها، قد توصلت من خلال هذا كله إلى نجاح له قدره فى خلق ثقافة لتحسين الرعاية الصحية بقيادة الأطباء، وذلك عبر مراكزها للرعاية المتنقلة ومجموعات الاستشفائيين.

منظمة رعاية مسئولة

التحديات الرئيسية للرعاية الصحية التى تواجه حاليًا الولايات المتحدة تتضمن ارتفاع الأسعار، وزيادات التكلفة غير المستدامة، وجودة أقل من الجودة المثلى، وصعوبة التوصل للنفاذ للرعاية للكثير من الأمريكيين. يدرك قادة منظمة "مبرص" أن هناك حاجة للإصلاح الصحى، وأن جانبًا مهمًا من الإصلاح هو وجود مسئولية أكبر من حيث الجودة والتكلفة معًا. يعمل "اتحاد بايلور للجودة" فى إنشاء منظمة أطباء للرعاية ذات مسئولية، وتدرك أن نظام الرعاية الصحية فى الدولة يتحرك مبتعدًا عن المقاربة الحالية المتشظية التى تعمل على تحول طريقة الدفع من أجل حجم الخدمات إلى طريقة الدفع من أجل القيمة، التى يكون مركزها هو المريض عبر الخط المتصل للرعاية (٩).

"لائحة حماية المريض والرعاية التى يمكن تحمل تكلفتهـا"، لائحـة تـوفر السياق القانونى لإنشاء "اتحاد بايلور للجودة".(١٠) تملك منظمة "مبرص" هذا الاتحاد عن طريق ملحقاتها المتحكم فيها، وللاتحاد لجنة مديرين من ١٩ فردًا، بمـا فـيهم ١٤ طبيبًا ممارسًا، وثلاثة تنفيذيين من "مبرص"، وممثل للمجتمـع، وعـضو فـى مجلس منظمة "مبرص". رئيس "اتحاد بايلور للجودة " طبيـب ممـارس، وهنـاك عملية اختيار تجرى لكل أعضاء مجلس الأطباء (الذين يمثلون كل أجزاء منظمـة "مبرص")، وهم يُختارون بواسطة مجتمعات هيئة العـاملين الطبيـة للمستـشفيات المتعلقة بهم (١١).

يمثل "اتحاد بايلور للجودة" الالتزام بتوصيل أرقى جـودة ممكنـة للرعايـة الصحية بطريقة ذات كفاءة وتكامل، لتصل إلى المرضى والمجتمعات التى يخدمها الاتحاد. الاتحاد هو تجسيد لعقيدة قيادة منظمة "مبرص" بـأن الجهـود المـسئولة المؤسسة على الأدلة والتى تكون جماعية، ومستعدة مسبقًا للـصعوبات، وتـدفعها القيم، ستؤدى مستقبلاً إلى منظومة رعاية صحية أفضل، كما أن التكامل الإكلينيكي حول هذه المبادئ يقدم أفضل حل لقضايا الرعاية الصحة التى تواجه الأمة.(١٢)

الدروس المستفادة

تعلمت منظمة "مبرص" مبكرًا فى رحلتها للجودة أن معايرة البروتوكولات، والإجراءات، والأدوات، والإمدادات، ووسائل القياس، تشكل عنصرًا متكاملاً فـى تكوين الرعاية بطريقة "**ستيب**". هناك حاجة إلى إستراتيجيات، بكل اتساع المنظمة، للمعايرة الإكلينيكية والإدارية، وليس فقط إستراتيجيات تنطبق على منشأة واحدة أو خط خدمة واحد. بنية المنظمة – ابتداء من الحوكمة المركزيـة – أساسـية لـدفع تحسين الجودة. الكثير من منظمات توصيل الرعاية الصحية لـديها الإرادة لـدفع مبادرات معينة للجودة، ولكنها تناضل؛ لأنها ليست لديها البنى التنظيمية الملائمـة فى الوضع الملائم.

تعلمت منظمة "مبرص" أيضًا أن إنشاء، والمحافظة على بنى تحتية مشتركة أمر ضرورى لتوصيل الرعاية بطريقة "**ستيب**". منذ الأيام المبكرة "لمجلس تنسيق تحسين الجودة" حتى خلق "معهد أبحاث وتحسين الرعاية الصحية"، ثم إلى أن تم فى وقت أحدث إنشاء "اتحاد بايلور للجودة"، التزمت منظمة "مبرص" بإنشاء مؤسسة تكون الأساس لما هو لازم من الموارد ورأس المال العقلى الضروريين لتحسين جودة الرعاية الصحية لمرضاها. هذا الالتزام تنتظم صفوفه فى خط متسق مع التفانى بالنسبة لأولويات تحسين الرعاية الصحية قوميًا، وكذلك بالنسبة لما يوجد من رؤية ورسالة تنظيمية لدى "مبرص".

الاستنتاج

توصلت منظمة "مبرص" إلى التزام مبكر ورئيسى بتوصيل رعاية رفيعة الجودة بطريقة "**ستيب**"، بإنشاء بنية تحتية لتفى بهذا الالتزام، وذلك بالاستثمار فيما هو لازم من البنى والموارد، بما فى ذلك رأس المال العقلى. سعت منظمة "مبرص" من خلال بنيتها التنظيمية، إلى أن تنمّى وتواصل هذا الالتزام بتوصيل الرعاية بطريقة " **ستيب** " كجزء من "نسيج" المنظمة. تساعد البنية التحتية لمنظمة "مبرص" على تأكيد أن المنظمة قادرة تكنيكيا على صنع، واستدامة، ونشر تحسينات الجودة، كما تتطلّبها النقاط السبع الفعالة للقيادة عند "معهد تحسين الرعاية الصحية" من أجل "تحسين الرعاية الصحية على المستوى التنظيمى".(١) المؤسسات التى توفر الرعاية بمنظمة "مبرص" – مستشفياتها، ومنشآتها، والمحلقات المتحكم فيها – ليست فحسب داعمة للأولويات القومية لجودة الرعاية الصحية، وإنما تنتظم صفوف جهودها بقوة لتكون فى خط متسق مع دعم هدف "مبرص" لتوفير أفضل رعاية ممكنة لكل أعضاء المجتمعات التى تخدمها.

المراجـــع

1. Reinertsen, J. L., M. Bisognano, and M. D. Pugh. 2008. *Seven leadership leverage points for organization-level improvement in health care*, 2nd ed. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement.
2. Corrigan, J. M., M. S. Donaldson, L. T. Kohn, S. K. Maguire, and K. C. Pike. 2001. *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century.* Washington, DC: National Academy Press.
3. Ballard, D. J. 2003. Indicators to improve clinical quality across an integrated health care system. *International Journal for Quality in Health Care* 15 (Suppl 1): i13–23.
4. Kohn, L. T., J. M. Corrigan, and M. S. Donaldson. 1999. *To err is human: Building a safer health system.* Washington, DC: National Academy Press.
5. National Quality Forum. Online at: http://www.qualityforum.org/Home.aspx (accessed January 21, 2013).
6. Ballard, D. J., B. Spreadbury, and R. S. Hopkins, 3rd. 2004. Health care quality improvement across the Baylor Health Care System: The first century. *Proceedings (Baylor University Medical Center)* 17 (3): 277–288.
7. HealthTexas Provider Network. Online at: https://www.dfwdoctorjobs.com/Pages/Index.aspx (accessed January 8, 2013).
8. Wilsey, H. L. 2004. *How we care: Centennial history of Baylor University Medical Center and Baylor Health Care System, 1903–2003.* Dallas: Baylor Health Care System.
9. Ballard, D. J., The potential of Medicare accountable care organizations to transform the American health care marketplace: Rhetoric and reality. *Mayo Clinic Proceedings* 87 (8): 707–709.
10. Patient Protection and Affordable Care Act. Public Law 111–148—March 23, 2010. 124 Stat. 119. Online at: http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/PLAW-111publ148/pdf/PLAW-111publ148.pdf
11. Baylor Quality Alliance. Online at: http://www.baylorqualityalliance.com/Pages/home.aspx (accessed January 8, 2013).
12. Couch, C. E. 2012. Why Baylor Health Care System would like to file for Medicare Shared Savings accountable care organization designation but cannot. *Mayo Clinic Proceedings* 87 (8): 723–726.

الفصل الرابع

تنظيم الصفوف، وضع الأهداف والحوافز

كيث هولتز و إد دى فول

مقــدمة

تُجرى منظمة "مبرص" طرق مقاربة لعملية وضــع الأهــداف التنظيميــة وتعويض القواد تتأسس على إنجاز هذه الأهداف، وقد انتظمت فى خط متسق مــع توصيات "معهد تحسين الرعاية الصحية" لإرساء مقاييس لــلأداء علــى مــستوى المنظمة، وتتخذ لذلك أهدافًا خاصة لتحسين هذه المقاييس، وإرساء الإشراف علــى هذه الأهداف عند أعلى مستويات القيادة حسب أول النقاط السبع الفعالة للقيــادة[١]. بدأت منظمة "مبرص" فى ٢٠٠١ تربط حوافز الأداء الإداري بمؤشرات إكلينيكيــة خاصة لجودة الرعاية الصحية. فى السنوات التالية حددت "مبــرص" علــى نحــو أوضح وضع ما لها من أهداف ومبادرات للحوافز بحيث يتركــز الاهتمــام علــى المجالات الأربعة التى تعمل على التوجيه لتحقيــق أهــداف المنظمــة (الأفــراد، والجودة، والماليات، والخدمة). الأهداف باتساع المنظمة فى كل من هــذه المجــالات الأربعة، يتم وصولها فى سلسلة تنحدر للموظفين على كل المستويات، وهناك برنــامج لمكافأة الأداء يخصص نسبة للدفع للتنفيذيين الذين "يتعرضون للخطــر" وتعتمــد هــذه النسبة على مدى إنجاز الأهداف. تنظيم صفوف الحوافز والأهداف فى خط متسق بهذه الطرائق قد شجع على إنجاز أهداف جودة للرعاية خلال كل المنظمة.

حوافز الأداء الإدارى مربوطة بمؤشرات إكلينيكية

عندما أضافت منظمة "مبرص" فــى أول الأمــر المؤشــرات الإكلينيكيــة لبرنامجها لمكافأة الأداء، كانت هذه الحوافز مربوطة بالإيفــاء بأهــداف الأداء، أو

التفوق على هذه الأهداف، من خدمات "المراكز الخمس للرعاية الطبية" و"المساعدة الطبية" وعملية اللجنة المشتركة للرعاية، وذلك بإجراء "قياسات جوهرية" لرعاية الاحتشاء الحاد فى القلب.[٢] كانت هذه أول مرة فى تاريخ برنامج مكافأة الأداء فى "مبرص" الذى يبلغ تقريبًا ٢٠ سنة، يحدث فيها تقييم كبار القواد والمديرين، ليس فقط حسب مؤشرات مالية، وإنما أيضًا حسب قدرتهم على الإيفاء بتوقعات تحسين الجودة.[٢-٤] فى السنة التالية حدث توسع فى القياسات المضمّنة فى مؤشر الجودة الإكلينيكية لبرنامج الحوافز، لتشمل "القياسات الجوهرية" لحالات ما يُكتسب فى المجتمع من حالات الالتهاب الرئوى، ولتشمل فى ٢٠٠٤، ٢٠٠٥ بالتوالى ما أضيف من "القياسات الجوهرية " لحالات هبوط القلب وتوقى حدوث عدوى فى الجراحات.[٢] فى السنوات التالية تغيرت القياسات التى يشملها مؤشر الجودة الإكلينيكية لتعكس تطور بؤرة الاهتمام بجهود التحسين فى منظمة "مبرص"؛ وكمثل لذلك أن يكون مطلوبًا إنجاز انخفاض محدد فى قياسات معدل الوفيات فى الحالات الداخلية بالمستشفى.

تحديد الأهداف الإستراتيجية التنظيمية

أجرت منظمة "مبرص" فى ٢٠٠٧ تغييرًا مهمًّا فى الأهداف الإستراتيجية، وذلك بأن حددت على أساس الاحتياجات القومية والمحلية أربع بؤر للاهتمام يلزم على "مبرص" التعامل معها لتحقيق رؤيتها بأن يوثق بها باعتبار أنها أفضل مكان لإعطاء وتلقى رعاية صحية آمنة فيها جودة وتعاطف:

- بالنسبة للأفراد: أن تكون أفضل مكان للعمل.
- بالنسبة للجودة: توصيل الرعاية بطريقة "**ستيب**"، مدعومة بالتعليم والأبحاث.
- بالنسبة للماليات: تولى الإشراف المالى بمسئولية على مهام أداء الخدمات والمؤن.
- بالنسبة للخدمة : أن تؤدّى الخدمة لمرضانا ومجتمعنا معًا.

استرشدت منظمة "مبرص" بمجالات تركيز الاهتمام الأربعة لتنشئ عشرة أهداف باتساع المنظمة. ركزت أهداف "الأفراد" على الإبقاء على الموظفين، وهناك أهداف "الجودة" التى تتعلق بمعدل وفيات الحالات الداخلية بالمستشفى والأداء حسب "القياسات الجوهرية" لمراكز خدمات "الرعاية الطبية Medicine" و"المساعدة الطبية، Mediaid"، وتأسست الأهداف "المالية" على الهامش العملياتى المالى، وركزت أهداف "الخدمة" على درجات القياس فى بحث مسح رضاء المريض. تنحدر هذه الأهداف فى "تسلسل" خلال كل منظمة "مبرص" بحيث يلزم على كل المنشآت، والأقسام والقواد أن يحددوا الأهداف التى تنتظم فى صف متسق مع أهداف المنظمة. الأهداف على مستوى المنظمة دُمجت أيضًا فى برنامج مكافأة الأداء، بحيث جُعل تعويض القادة معتمدًا على التوصل للأهداف التى يضعونها. يتغاير وزن الأهمية التى تُضفى على كل واحد من مجالات تركيز الاهتمام فى برنامج مكافأة الأداء، ويعتمد هذا على المجال الذى تحدد "مبرص" فى كل سنة أن له أعلى الأولويات فى التحسين. وكمثل، فإنه فى السنة المالية ٢٠١٣، أُضفى ٧٠ فى المائة من وزن هذه الأهمية على أهداف الجودة والخدمة. هذا التأكيد على تركيز الاهتمام بالجودة والخدمة دفع إليه إحساس المجلس بنزعة عامة قوية بأن النجاح المالى سيحدث تاليًا لتفوق درجات الجودة ورضاء المريض.

التقدم تجاه الأهداف على مستوى المنظمة يقدم فى تقرير إلى "مجلس الأمناء" و"مجلس القيادات الكبيرة" وذلك فى التقرير الشهرى "للرعاية بطريقة (ستيب). هاتان المجموعتان معًا والتزامهما بتحسين الجودة واستخدام الحوافز المالية للدفع قدمًا بأهداف غير مالية، هذا كله يشكل قوى الدفع الرئيسية وراء منظمة "مبرص" فى إنجاحها فى تنفيذ وتنظيم الصفوف فى وضع الأهداف، وكذلك

مبادرات حوافز الإنتاج. هناك سر آخر للتنفيذ الناجح لبرنامج وضع الأهداف في منظمة "مبرص" وهو شفافيتها لموظفيها. الأهداف التنظيمية وما يجرى من تقدم "مبرص" تجاه الإيفاء بها يتم توصيلهما للموظفين على موقع ويب في إنترنت المنظمة وعلى لوحات تواصل توضع خلال كل منشآت منظمة "مبرص"، (انظر الفصل الأول).

استمرار توسيع برنامج وضع الأهداف

في ٢٠٠٨ تم توسيع برنامج وضع الأهداف المتعلق بإدارة الأداء ليشمل كل الموظفين، وأصبحت تقييمات الأداء السنوية عند ذلك تتأسس على إنجاز الأهداف التي تنظمها مجالات تركيز الاهتمام الأربعة. يلزم على كل الموظفين أن ينموا أهدافًا تكون من نوع SMART (حاذق) على أن الكلمة هنا هي من الأحرف الأولى للكلمات الإنجليزية، Specific (خاصة)، و Measurable (قابلة للقياس)، و Actionable (قابلة للفعل)، و Realistic (واقعية)، و Time-dependent (تعتمد على التوقيت)، هكذا يُطلب من كل الموظفين تنمية أهداف من نوع (سمارت) وذلك من أجل تنظيم صفوف عملهم ليكون في خط متسق مع الأهداف التنظيمية ودعمها.

الدعم البنيوي لوضع الأهداف

تأسست في ٢٠٠٩ لجنة فرعية لوضع الأهداف، وهي لجنة ذات تخصصات في فروع معرفية متعددة، وتتشكل من حائزي الحصص في منظمة "مبرص" في كل مجال من المجالات الأربعة لتركيز الاهتمام. تحدد اللجنة الفرعية الأهداف التي يتضمنها برنامج مكافأة الأداء لكل سنة بعينها وتعطي التوصيات لكبار القادة واللجنة بشأن الأهداف ووسائل القياس. كمثل لذلك، فإنه أثناء إدخال

برامج الشراء المؤسس على القيمة بمستشفى بمراكز خدمات "الرعاية الطبية"، و"العناية الطبية" (٥) والذى يستخدم أبحاث مسح رضا المريض (حسب تقييم عملاء المستشفى لمقدمى الرعاية الصحية ومنظماتها) من أجل تحديد من يكون مقدمو الرعاية الذين ينبغى أن ينالوا مكافأة عن الأداء ومن منهم ينبغى عقابهم – أوصت اللجنة الفرعية عندها باتخاذ "قياسات أبحاث مسح المريض فى تقييم عملاء المستشفى" من حيث أهداف "مبرص"، وذلك لتنظيم صفوف هذه القياسات بطريقة أفضل لتكون فى خط متسق مع وسائل قياس الأداء القومى.

فلسفة تغاير الأجر

تقدم منظمة "مبرص" مرتبات أساسية تنافسية للتنفيذيين عندها، تقارب الرقم الخمسين من المئينات لنطاق المرتبات للمراكز المماثلة فى المنظمات المماثلة. مع التعويض الإضافى المصاحب لبرنامج مكافأة الأداء عندما تفى "مبرص" بغاياتها على المستوى المستهدف فى مجالات الأفراد، والجودة، والخدمة، والماليات، فإن مرتبات التنفيذيين فى منظمة (مبرص) تصل إلى الرقم الخمسة والسبعين المئينى أو ما فوقه، بما يعتمد على ما إذا كانت الغاية المستهدفة قد تم الوفاء بها أو تم تجاوزها. فلسفة المجلس هى أن يكافئ الموظفين عندما تفى المنظمة بغاياتها، مع الإبقاء على مرتبات التنفيذيين كتكلفة متغايرة إذا فشلت المنظمة فى إنجاز غاياتها. هذه المقاربة بالتعويض ساعدت منظمة (مبرص) على تحسين تكاليفها فى المرتبات ومكافأة الأداء الأرقى مع تحدى المنظمة لنفسها بالنسبة لتقييم إنجاز هدفها على النحو الملائم.

هناك عامل إضافى يضفى القوة على طريقة مقاربة منظمة "مبرص" بالتعويض المتغاير للتنفيذيين، وهو أن الحوافز فيها حرية اختيار و تقدير وليست مؤسسة على التفويض. يتفهم المجلس أن الأجر يحتاج لأن يتأسس على النتائج؛

وإلا فإن المنظمة سوف تنفق فحسب أموالاً إضافية بدون نتائج. أحد التحديات التى تواجه منظمة "مبرص" مستقبلاً تتعلق بالطريقة التى تستطيع بها المنظمة، فى بيئة يتزايد فيها الوعى بالتكلفة، أن توسع فلسفتها للأجر المتغاير لتشمل المزيد من الموظفين.

مقاربة كمية لوضع الأهداف

وضع الأهداف التنظيمية يتطلب التزامًا قويًا بقياس الأداء. يجب تحديد القياسات الملائمة واستخدامها فى دفع وضع الهدف قدمًا. على الرغم من أن المقاييس غالبًا ما يتم اختيارها على أساس وجود بيانات جيدة لعلامات القياس، فإن اختيار المقياس قد يُدفع أيضًا بواسطة الأولويات المالية والطريقة التى تحسب بها "مراكز خدمات العناية الطبية" و"المساعدة الطبية " التعويضات.

حتى تؤكد منظمة "مبرص" أن يكون لأهدافها مصداقيتها وإمكان تنفيذها عمليًا فإنها تتخذ طريقة مقاربة موضوعية لوضع الأهداف. تُستخدم الوسائل الإحصائية لعمل النماذج/ والتنبؤ بما يتأسس على بيانات الأداء التاريخية، وذلك لوضع أغراض الأداء لكل هدف، وتكون العملية فى نطاق القيود التى يضعها المجلس (وكمثل، أن يكون مستوى الهدف مرتفعًا على الأقل مثل الأداء فى السنة الماضية). تُحدد الأهداف عادة بالنمذجة باستخدام التوزيع الطبيعى، وتحديد مستوى "عتبة" الأداء (التى يتلقى عندها القادة ٢٥ فى المائة من الجزء المخصص من تعويضاتهم للتعرض للخطر)، و"الأداء لهدف متوسط" (يقابل مكافأة من ٥٠ فى المائة)، وأداء "الهدف" كله (يتلقون عنده ١٠٠ فى المائة من جزء التعويض المخصص للعرض للخطر)، وأداء "بالامتداد" (ينتج عنه تلقى القواد ١٥٠ فى المائة من مقدار التعويض عند التعرض للخطر). كمثل المستويات هذا الأداء يبين جدول ٤،١ مستويات الأداء للسنة المالية ٢٠١٣ "بدرجات القياس المركّبة" فى تقييم عملاء المستشفيات عن مقدمى الرعاية الصحية ومنظمات هذه الرعاية. (أحد أهداف الخدمة).

أحد التحديات المصاحبة لوضع الهدف التنبؤ بما ينبغى أن يكون عليه الأداء فى المستقبل. يجب تحديد مستويات الأداء الأعلى والأكثر انخفاضًا عن المتنبأ به – كما يجب من أجل برنامج مكافأة الأداء – أن يكون هناك مكافآت مناسبة مصاحبة لكل مستوى أداء. إحدى الطرائق التى يمكن استخدام التنبؤ فيها لوضع مستويات الأداء. هى عن طريق فحص فرص التحسن التى تم التوصل

جدول ٤،١ مستويات الأداء بدرجات القياس المركبة فى تقييم "عملاء المستشفيات" لمقدمى الرعاية الصحية ومنظمات هذه الرعاية فى السنة المالية ٢٠١٣

مستوى الأداء	درجات القياس المركبة فى تقييم عملاء المستشفى عن مقدمى الرعاية الصحية ومنظمات هذه الرعاية (متوسط قمة الإطار بحساب متوسط كل المجالات الثمانية)	
العتبة	٧٤,٨	
الهدف المتوسط	٧٥,٥	
الهدف	٧٦,١	
الامتداد	٧٧,٣	

(*) الاتصال بالأطباء، والاتصال بالممرضات، واستجابة هيئة العاملين بالمستشفى، والتعامل مع الألم، والاتصال بشأن الأدوية، ومعلومات الخروج، ونظافة بيئة المستشفى، وهدوء بيئة المستشفى.(٦)

للفوز بها فى إحدى السنين. وكمثل، إذا كان متوسط درجات قياس رضا المريض قد تحسن من رقم الثمانين المئينى فى السنة الماضية إلى رقم التسعين، يكون إذن قد تم التوصل للفوز بنصف فرصة التحسن (المسافة بين الرقم المئينى الثمانين و رقم المائة المئينى) فى السنة التالية، إذا تم التوصل مرة أخرى للفوز بنصف فرصة التحسن، سيكون متوسط درجات قياس الرضا قد تحرك من الرقم المئينى ٩٠ إلى الرقم المئينى ٩٥.

تطبق منظمة "مبرص" قواعد مبادئ الاحتمالات عن وضع أهدافها: ينبغى أن يكون لمستوى أداء الهدف باحتمال من ٥٠ فى المائة لإنجازه، وينبغى أن يكون لهدف الامتداد باحتمال إنجاز من ١٠ فى المائة. إذا كان لمستوى الأداء باحتمال من ٩٠ فى المائة للإنجاز، فإن التوصل له يكون أسهل مما ينبغي ويجب وضع هدف أكثر تحديًا.

الاستنتاج

النقطة الأولى من النقاط السبع الفعالة للقيادة عند معهد تحسين الرعاية الصحية " تتطلب أن يكون هناك إرساء وإشراف على الأهداف عند أعلى مستويات الحوكمة والقيادة. (١) منظمة "مبرص" قد نظمت صفوف حوافز الأداء للقادة التنظيميين لتكون فى خط متسق مع أداء أهداف المنظمة باتساعها داخل مناطقها الأربع لتركيز الاهتمام (الجودة، والخدمة، والأفراد، والماليات) ويتم ذلك بواسطة برنامج مكافأة للأداء يخصص بنسبة من تعويض هؤلاء القادة "عند التعرض للخطر" بما يعتمد على ما إذا كان قد تم الإيفاء بالأهداف. أهداف المنظمة شفافة خلال كل المنظمة وتنتظم فى تسلسل ينحدر إلى الموظفين على كل المستويات. بهذه الطريقة وصلت منظمة "مبرص" إلى أن تُرسى وتشرف على أهداف المستويات بالمنظمة عند أعلى مستوى للحوكمة والقيادة، وإلى أن تساعد فى ضمان الرعاية على مستوى رفيع لكل مرضاها.

المراجـــع

1. Reinertsen, J. L., M. Bisognano, and M. D. Pugh. 2008. *Seven leadership leverage points for organization-level improvement in health care*, 2nd ed. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement.
2. Herrin, J., D. Nicewander, and D. J. Ballard, The effect of health care system administrator pay-for-performance on quality of care. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 34 (11): 646–654.
3. Ballard, D. J. 2003. Indicators to improve clinical quality across an integrated health care system. *International Journal for Quality in Health Care* 15 (Suppl 1): i13–23.
4. Ballard, D. J., B. Spreadbury, and R. S. Hopkins, 3rd. 2004. Health care quality improvement across the Baylor Health Care System: The first century. *Proceedings (Baylor University Medical Center)* 17 (3): 277–288.
5. Centers for Medicare and Medicaid Services. Hospital value-based purchasing. Online at: http://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/hospital-value-based-purchasing/index.html (accessed November 27, 2012).
6. HCAHPS: Hospital care quality information from the consumer perspective. Online at: http://www.hcahpsonline.org/home.aspx (accessed February 4, 2013).

الفصل الخامس

القيـــادة الماليـــة

فريد سافلزبرج، و روبرت ت. جرين، ودافيد ج. بالارد

مقـــدمـــة

النقطة الخامسة من النقاط السبع الفعالة للقيادة عند "معهد تحـــسين الرعايـــة الصحية" توصى بأن يُجعل رئيس موظفى المالية نصيرًا للجودة.[٢] تتزايد أهميـــة ربط تحسين الجودة وأداء البيزنس، بالنسبة لمنظمات الرعاية الصحية. يتغير نظام دفع النقود لبرامج الأداء إلى نظام دفع "للرعاية الطبية"، وإلى التخلص مـــن الـــدفع لأحداث ينبغى "ألا تحدث مطلقًا" (بمعنى الأخطاء الطبية التى تحدث صدمة بوجـــه خاص... والتى ينبغى ألا تحدث مطلقًا)[١] وهذا يعطى أمثلة لأهمية تزايد وضـــوح رؤية الجودة والدفع بالنسبة للكثيرين من رؤساء موظفى المالية. نجد بمثل ذلك أن المنظمات قد أخذت فى تقدير قيمة، وتفهم التأثير المالى للأحداث المؤذيـــة، مثـــل الوقوع، وأخطاء العلاج، وتأخر الرعاية.[٢] مبادرات تحسين الرعاية تتطلب هكـــذا جهدًا تعاونيًا بين الموظفين التنفيذيين للجودة والماليات. تفهَّم قواد منظمة "مبـــرص" للجودة والماليات منذ زمن طويل الحاجة للعمل معًا لدعم الرعاية بطريقة "**ستيب**".

الجهود التعاونية بين قواد الجودة والقواد الماليين

هناك جهد تعاونى مبكر بين قواد الجودة والقواد الماليين لمنظمة "مبـــرص" يتضمن "اللجنة الإستراتيجية لتحسين جودة الرعاية الصحية" التـــى تأســـست فـــى ٢٠٠٠ (انظر الفصل الأول). إحدى توصيات هذه اللجنة هى ربط دفـــع تعـــويض

الإدارة بمؤشرات إكلينيكية خاصة من أجل تشجيع اتخاذ أهداف الرعاية بطريقة "**ستيب**" (انظر الفصل الرابع) وجعل القواد مسئولين عن جودة الرعاية الصحية.(٣)

عززت منظمة "مبرص" أيضًا التعاون بين قادة الجودة والقادة الماليين عن طريق تشكيل مجلس حوكمة "**ستيب**" (محس)، وهو مجلس تتوفر فيه الفروع المعرفية المتعددة المتداخلة، ويربط الجهود والاستثمارات للتوصل إلى التكامل عبر مجالات "**ستيب**" (انظر الفصل الأول). هناك وسائل تعاون أقل في أساسيتها ويتضمن ذلك لقاءات شهرية روتينية بين الرئيس المشارك لموظفى الجودة ورئيس الموظفين الماليين، وذلك للحفاظ على أن يكونا فى موقف يواكب آخر التغيرات، والقضايا، وكذلك للتقدم فى الدائرة الخاصة بكل منهما داخل نطاق منظمة "مبرص".

هناك عامل إضافى يدعم التعاون بين القادة فى هذه الفروع المعرفية المتباينة، وهو أن الكثيرين منهم قد درسوا فى فرع معرفة طبى (الطب أو التمريض) وكذلك أيضًا فى فرع معرفة فى الأشغال (البيزنس) أو فى الإدارة (ماجستير فى إدارة أشغال البيزنس، أو الإدارة الصحية، أو الإدارة الطبية). جندت منظمة "مبرص" قوادًا بهذه المؤهلات المزدوجة (مثال ذلك أن بول كونفيرى الرئيس السابق للموظفين الطبيين كان عندما انضم إلى منظمة "مبرص" حائزًا على الماجستير فى الإدارة الطبية بالإضافة إلى شهادة للدكتوراه فى الطب) كما أن المنظمة دعمت أيضًا سعى قوادها لمثل هذه المؤهلات (مثال ذلك أن تيرى نوس نائب الرئيس للمركزية فى رعاية المريض قد أكمل دراسة البرنامج التنفيذى لماجستير إدارة الأعمال فى الجامعة الميثودية الجنوبية فى ٢٠١١ أثناء عمله فى منظمة "مبرص" فى هذا المجال). كذلك فإن القواد الإكلينيكيين الآخرين للجودة تلقوا دعمًا من منظمة "مبرص" للحصول على شهادات أو درجات فى الإدارة الطبية، وإدارة الرعاية الصحية، وإدارة أشغال البيزنس. بالإضافة لذلك فإن هناك

المقرر التعليمى "للتدريب على القيادة الطبية رفيعة المستوى" والذى أنشأته منظمة "مبرص" بالاشتراك مع "مدرسة كوكس" فى جامعة الميثوديست الجنوبية"، وذلك بوجه خاص لأطباء منظمة "مبرص" (انظر الفصل السادس)، ويحتوى على نموذج لوحدة عن الماليات التعاونية لمساعدة قواد الأطباء على فهم واستخدام البيانات المالية عند اتخاذ القرار، ويساعد أيضًا فى التواصل والتفهم بين هؤلاء القادة الإكلينيكيين والأقسام المالية فى "مبرص".

الالتزام بالشفافية

يوصى "معهد تحسين الرعاية الصحية" فى ثالث نقاطه السبع الفعالة للقيادة ("بتوجيه انتباه القيادة للتحسين على مستوى المنظمة، بما فى ذلك القيادة الشخصية، ونظم القيادة، والشفافية"[٢])، وبالتالى فإن منظمة "مبرص" تلتزم بالشفافية المالية عبر المنظمة كلها. الأداء من أجل الأهداف المالية (المتعلقة بخالص حد الربح) (انظر الفصل الرابع) تُقدَّم عنه روتينيًا بتقارير شهرية يتم إرسالها لكل القادة على مستوى المديرين وما فوقه، وتظهر التقارير أداء المنظمة، وكذلك أيضًا أداء ما يتعلق بها من مواقع / وكيانات. بينما لا يرى كل القادة روتينيًا البيانات عن كل المواقع/ الكيانات، إلا أن هذه البيانات تكون شفافة فى نطاق مجموعات معينة فى المنظمة. وهكذا مثلاً، يستطيع كل رؤساء المستشفيات أن يروا، ليس فقط أداءهم الخاص تجاه الهدف المالى للمستشفى الخاص بهم بالذات، وإنما يرون أيضًا الأهداف وأوجه الأداء فى كل واحدة من المستشفيات الأخرى. بمثل ذلك فإنه فى نطاق الكيانات المتعاونة، يستطيع قادة كل كيان يقدم تقريرًا إلى شخص واحد من كبار القادة، أن يرى كل منهم أوجه الأداء عند كل كيان من الكيانات الأخرى. كذلك فإن أداء المنظمة والموقع بالنسبة لهذه الأهداف المالية يُوصَّل بدوره للموظفين عن طريق لوحات الاتصال والاجتماعات فى قاعة مجلس المدينة (انظر الفصل الثانى).

بالإضافة لهذه الشفافية فى الأداء تجاه الأهداف المالية، فإن أقسام تحسين الجودة/ الأبحاث والأقسام المالية داخل منظمة "مبرص" تتشارك فى البيانات الضرورية لإجراء تقدير كمى ولتقديم تقرير عن التأثير المالى لمبادرات الجودة. تستخدم منظمة "مبرص" بيانات نظام دعم للمستودعات/ لاتخاذ القرار، يوفر قاعدة بيانات إكلينيكية / مالية (يتم تحميلها باستخدام نقط التفاعل المسجلة للمريض، والتى تحوى بيانات مثل "المجموعات المتعلقة بالتشخيص"، كما توفر التشخيصات والإجراءات، وخطط دفع التكلفة، وأسعار التكلفة حسب تاريخ الخدمة، والأجور الفعلية، وخطط التأمين، والكثير غير ذلك من بيانات المريض) وقاعدة بيانات للماليات الإحصائية / وجهود العمل يكون اتجاهها لمراكز التكلفة، وفئات مهام العمل، والحسابات (وتحمّل شهريًا من النظام العام لدفتر الأستاذ للحسابات وقائمة دفع الأجور). الوصول للنفاذ إلى هذه البيانات المالية المرتبطة إكلينيكيًا يمكّن من تحليل التأثير المالى لمبادرات محددة لتحسين الجودة. اتخاذ القرارات عن الوقت الذى يلزم فيه أن يكون ذلك جزءًا من تقييم إحدى المبادرات أمر يظل فى يد القواد فى نطاق مجلس (محس)، ويتأسس على عوامل مثل ما إذا كان يُقصد بالمبادرة موضع البحث (أو يتوقع منها) أن تؤثر فى عوامل مثل طول مدة الإقامة، أو إعادة الدخول للمستشفى، أو استخدام منتجات أو خدمات معينة تؤثر فى تكاليف الرعاية. هناك أمثلة لمبادرات تحسين الجودة تم تقييم تأثيرها المالى وتشمل برنامج مرحلة انتقالية لرعاية المرضى المسنين تقوده ممرضة ذات مستوى رفيع فى الممارسة، وذلك بالنسبة للمرضى المسنين الذين يعانون من حالات هبوط القلب، وقد فحصته منظمة "مبرص" فى ٢٠٠٩ و ٢٠١٠، لمقارنة النتائج والتكاليف (قبل وبعد تنفيذه) بالنسبة للمرضى الذين صُرفوا من المستشفى وهم يعانون من هبوط القلب. بعد أن أجريت التعديلات اللازمة بالنسبة لسن المريض وجنسيته، وعرقه، ومدى شدة المرض، لوحظ انخفاض له معناه إحصائيًا قدره ٤٨ فى المائة فى حالات إعادة

الدخول للمستشفى أثناء ثلاثين يوما بالنسبة لمرضى هبوط القلب فى مستشفى منظمة "مبرص" التى نفذت هذا البرنامج. خلال الفترة نفسها، وُجد أن إعادة دخول المستشفى لمرضى هبوط القلب في مستشفيات "مبرص" الأخرى انخفضت فقط بنسبة ١١ فى المائة. لم يكن للتدخل إلا تأثير قليل فى طول الإقامة أو إجمالى التكلفة المباشرة لستين يومًا، إلا أنه وُجد أنه يُخفض من هامش الربح المالى للمستشفى بمقدار ٢٢٧ دولارًا لكل مريض داخل نظام التعويض فى "مراكز الرعاية الطبية" فى المكان والوقت المناسبين[٤]. هناك حاجة إلى إعادة التقييم فى ضوء وفود برنامج "خدمات مراكز الرعاية الطبية والمعونة الطبية لتخفيض إعادة دخول المستشفى"[٥] وما يخطِّط لإضافة قياسات نتائج المريض إلى "برنامج القيمة هى الأساس للشراء".[٦]

هناك مبادرات تحسين أخرى أجرت لها منظمة "مبرص" تقديرًا كميًا ونشرت تأثيراتها المالية وغير المالية، وتتضمن هذه المبادرات استخدام مجموعة بيانات الأوامر الطبية المعايرة لدخول حالات الالتهاب الرئوى وهبوط القلب [٧-٩]، وسجلات الصحة الإلكترونية فى ممارسات الرعاية الأولية.[١٠]

هذه البيانات بالإضافة إلى نشرها في دوريات طبية محكمة بالأنداد، فإنها توفِّر لقادة الأطباء، والتمريض، والجودة فى مستشفيات منظمة "مبرص" ليستخدموها فى جهودهم لتشجيع استخدام البيانات المعايرة للأوامر الطبية للدخول. تتضمن هذه الجهود مناقشات بنوع من التفاصيل الأكاديمية مع الأطباء (تستهدف بوجه خاص أطباء المذهب الاستشفائى فيما يتعلق بمجموعة بيانات الأوامر الطبية لدخول حالات هبوط القلب، إذ يعالج هؤلاء الأطباء المرضى الذين يتم إدخالهم بهذه الحالة بعدد أكثر من أى تخصص واحد آخر) كما تتضمن التقارير التى تقدم شهريًا للجان المستشفى الطبية التنفيذية ولمجموعات أطباء المذهب الاستشفائى.

الحاجة إلى خلق جو من الشفافية هى أحد أهم الدروس التى تعلمتها منظمة "مبرص" عن طريق التعاون بين أقسامها للجودة وللماليات. حتى تنجح المنظمة، يحتاج كل واحد للوصول إلى النفاذ للبيانات. قيادة منظمة "مبرص" تعتنق عقيدة "معهد تحسين جودة الرعاية الصحية" التى تقول: "لعل أقوى طريقة لتوجيه انتباه القيادة هو استخدام قوة الشفافية"(٢) لخلق الفرصة لفحص له معناه للتأثيرات المالية لمبادرات تحسين جودة الرعاية الصحية، وإدراك أن التصرفات التى تتخذ فى وجود هدف واحد فى الذهن قد يكون لها تأثيرات غير مقصودة (إيجابية أو سلبية) على جانب آخر من عمليات المنظمة.

أحد الدروس الأخرى التى تعلمتها منظمة "مبرص" عن طريق التعاون بين قوادها للجودة والماليات هو وجود حاجز لغة له أهميته بين هذه المجالات، وأهمية أن تفهم كل مجموعة مفردات لغة المجموعة الأخرى ووجهة نظرها. العملة التى تتعامل بها منظمة "مبرص" هى العلاقات. يعمل قواد الجودة والقواد الماليون على إرساء علاقات غير رسمية بمثل عملهم على إرساء العلاقات الرسمية، وهذا يمكّن القادة من اتخاذ مقاربة متزنة لما ينشأ من فرص وتحديات، وأن يتعاونوا بنجاح.

وأخيرًا فقد تعلمت منظمة "مبرص" أن الربط بين الجودة والماليات يقوى من متابعتها لما لديها كمنظمة من رؤية، ورسالة، وقيم (انظر المقدمة، شكل ١،١). مع ما نجده من أن الأداء المالى مهم للقدرة المستمرة لمنظمة "مبرص" على أن تخدم مجتمعنا، فإن بؤرة اهتمامها النهائية يجب أن تكون لأداء مهام خدمة مرضاها ماليًا وإداريا. وجود تنظيم قوى للصفوف فى خط متسق بين قواد الجودة وقواد المالية مع التعاون القوى بينهما، يسهل أداء هذه المهام المالية والإدارية ويسهل كذلك توصيل الرعاية بطريقة **"ستيب"** عبر المنظمة كلها.

تفهمت منظمة "مبرص" منذ زمن طويل أهمية ربط الماليات والجـودة فـى الرعاية الصحية كما أدركها "معهد تحسين الرعاية الصحية" فى إحدى نقاطه السبع الفعالة للقيادة التى تنادى "بأن يُجعل رئيس موظفى الماليات نـصيرًا للجـودة".[٢] يلتزم قواد منظمة "مبرص" للجودة والماليات بالمشاركة بشفافية فى البيانات، وهـذا يمكنهم من صنع تقدير كمّى للتأثير المالى لمبادرات الجودة خلال المنظمة كلهـا. المساهمة والمتابعة للتأثيرات المالية لمبادرات الجودة أمـر مهـم؛ لأن منظمـات الرعاية الصحية قد تحتاج لتحديد مناطق جديدة لتـوفير التكـاليف عنـدما تـؤدى تحسينات الجودة إلى تخفيض هوامش المساهمة. تنظيم أهداف الجـودة والأهـداف المالية للمنظمة فى خط متسق يسهل تنظيم الصفوف فى خط متسق بطول كل أبعاد توفير الرعاية بطريقة "**ستيب**".

المراجع

1. AHRQ Patient Safety Network. Patient Safety Primers: Never Events. Available at http://psnet.ahrq.gov/primer.aspx?primerID=3 (accessed July 15, 2013).
2. Reinertsen, J. L., M. Bisognano, and M. D. Pugh. 2008. *Seven leadership leverage points for organization-level improvement in health care*, 2nd ed. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement.
3. Ballard, D. J. 2003. Indicators to improve clinical quality across an integrated health care system. *International Journal for Quality in Health Care* 15 (Suppl 1): i13–23.
4. Stauffer, B. D., C. Fullerton, N. Fleming, G. Ogola, J. Herrin, P. M. Stafford, and D. J. Ballard. 2011. Effectiveness and cost of a transitional care program for heart failure: A prospective study with concurrent controls. *Archive of Internal Medicine* 171 (14): 1238–1243.
5. Centers for Medicare and Medicaid Services. Readmissions Reduction Program. Online at: https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/AcuteInpatientPPS/Readmissions-Reduction-Program.html (accessed May 17, 2012).
6. Centers for Medicare and Medicaid Services and H. H. S. 2011. Medicare and Medicaid programs: Hospital outpatient prospective payment; ambulatory surgical center payment; hospital value-based purchasing program; physician self-referral; and patient notification requirements in provider agreements. Final rule with comment period. *Federal Register* 76 (230): 74122, 74535–74536.
7. Fleming, N. S., G. Ogola, and D. J. Ballard. 2009. Implementing a standardized order set for community-acquired pneumonia: Impact on mortality and cost. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 35 (8): 414–421.
8. Ballard, D. J., G. Ogola, N. S. Fleming, B. D. Stauffer, B. M. Leonard, R. Khetan, and C. W. Yancy. 2010. Impact of a standardized heart failure order set on mortality, readmission, and quality and costs of care. *International Journal for Quality in Health Care* 22 (6): 437–444.
9. Ballard, D. J., G. Ogola, N. S. Fleming, D. Heck, J. Gunderson, R. Mehta, R. Khetan, and J. D. Kerr. 2008. The impact of standardized order sets on quality and financial outcomes. In *Advances in patient safety: New directions and alternative approaches*, eds. K. Henriksen, et al. Rockville, MD: AHRQ Publications, nos. 08-0034 (1–4).
10. Fleming, N. S., S. D. Culler, R. McCorkle, E. R. Becker, and D. J. Ballard. 2011. The financial and nonfinancial costs of implementing electronic health records in primary care practices. *Health Affairs* (Millwood) 30 (3): 481–489.

الفصل السادس

القيـادة الطبيـة

بول كونفرى وكارل إ. كوتش

مقــدمة

من الضرورى لقيادة الأطباء لمنظمات الرعاية الصحية أن تتكيف وتتفوق فى بيئة من رعاية طبية تتطور باستمرار. أدرك "معهد تحسين الرعاية الصحية" ذلك فحدد مشاركة الأطباء على أنها إحدى نقاطه السبع الفعالة للقيادة.[١] الجمع بين الخبرة الطبية والقدرة على القيادة يمكّن الأطباء المناضلين من تحسين قدرة منظمات الرعاية الصحية على التعامل مع الكثير من التحديات التى تواجهها، وبوجه خاص الحاجة لتحسين التوصل إلى النفاذ إليها، والقدرة على تحمل التكلفة، وجودة الرعاية الصحية.[٢،٣]

يناقش هذا الفصل تنظيم الصفوف والتدريب لقواد الأطباء، وكذلك أيضًا الطرائق التى يُدمَجون بها فى تكامل لإنجاح منظمة "مبرص"، والدور الذى سيستمرون فى القيام به عندما تتعامل المنظمة مع التحديات التى تقبع أمامها.

إدماج الأطباء وتنظيم صفوفهم

الأطباء يحوزون عددًا من القوى اللازمة للقيادة (مثلاً الذكاء، والتعلم السريع، ومهارات قوية لاتخاذ القرار)، إلا أن هناك نزعة ضعف فى قيادتهم تكمن فى مناطق بناء التوافق الجماعى، والعمل فى فريق، وتنظيم التفكير، واتخاذ القرار فيما يتعلق بهيئة العاملين.[٤،٥] الأطباء تدربوا على أن يكون لهم استقلال ذاتى،

وهم غالبًا مستقلون بطبيعتهم. الكثير من تدريبهم يحدث لهم واحدًا بعد الآخر، وأعمالهم الأساسية لأكبر حد يتم أداؤها فى إحدى الغرف مع مريض واحد.(٦) بالإضافة لذلك فإنه فى النموذج التقليدى لهيئة العاملين الطبية فى المستشفى يكون للأطباء جدارتهم واعتمادهم كأعضاء فى هيئة العاملين الطبية، ولكن هذا يكون باعتبارهم أعضاء متطوعين، بدلاً من أن يكونوا موظفين مباشرين. يمكن أن يؤدى ذلك إلى ثقافة من الاستقلال وإلى اختلاف فى وجهات النظر بين هيئتى العاملين الطبية والإدارية.(٧) وكما يستنتج بيرويك وجود فرى وريزنر فى المشروع القومى للإثبات العملى لتحسين الجودة فى الرعاية الصحية، فإن الأطباء لا يرون أنفسهم كجزء من العملية العامة للرعاية.(٨) يستطيع الأطباء القيام بإسهامات رئيسية لتحسين الجودة عندما يشاركون كمدافعين عن الجودة، إلا أن هناك عقبات كثيرة لمساهمتهم، خاصة عند عدم القدرة على الربط بين فائدتهم الخاصة ومصالحهم الذاتية وبين مصالح المنظمة بوجه عام. تحسين الجودة غالبًا يتطلب من هؤلاء الأطباء المستقلين أن يشاركوا فى قضايا تنظيمية لا تكون مرتبطة بوضوح بوقتهم الخاص وحاجاتهم المالية الخاصة. بالإضافة إلى ذلك، عندما يحدث تفاعل بين المنظمات والأطباء، يفشل الأطباء غالبًا فى إدراك مدى الأهمية الحاسمة لقيادتهم لنجاح المنظمة، وحتى عندما يدركون ذلك، فإنهم نادرًا ما يكونون مجهزين بالمهارات الضرورية؛ لأن التدريب على القيادة يكون على نحو نمطى غير متضمَّن فى تعليمهم. هكذا فإن جزءًا حاسمًا من تنظيم صفوف الأطباء يكون فى تعليمهم والإشراف عليه.

القدرات الجوهرية للقيادة التى يحتاج إليها الأطباء والتى يمكن تنميتها عن طريق التدريب التقليدى على القيادة تشمل :

- المعرفة التكنيكية والمهارات (فى العمليات، والماليات، والحسابات وتكنولوجيا ونظم المعلومات، والموارد البشرية، والتخطيط الإستراتيجى، والقضايا القانونية فى الرعاية الصحية، والسياسة العامة).

- معرفة شئون توصيل الرعاية الصحية (إستراتيجيات التعويض عن الخسائر، والتشريع والتنظيم، وتحسين الجودة).
- القدرة على حل المشاكل المتعلقة بقضايا غير إكلينيكية (حول الإستراتيجية التنظيمية، وعمل الفريق، وإدارة المشروعات).
- الذكاء الوجدانى (القدرة على تقييم الذات وتقييم الآخرين وعلى التعامل مع الذات فى سياق المجموعة).
- التواصل (فى قيادة التغير فى المجموعات وفى اللقاءات الفردية كما فى المفاوضات) وحل أوجه النزاع.
- الالتزام بالتعليم طول الحياة (٢،٥).

تدريب الأطباء على القيادة وتحسين الجودة

بدأت فى ٢٠٠٠ فى منظمة "مبرص" الجهود الجادة لإشراك قواد الأطباء وتنظيم صفوفهم مع إدراك أن هناك حاجة إلى تركيز أكثر للاهتمام بتعليم تحسين الجودة. بدون أن يوفر لهيئة العاملين الطبية المهارات التى يحتاجها أفرادها لتحسين عمليات أو نتائج الرعاية، فإن المطالبة بفعل ذلك تكون مجرد تعليمات بزيادة الجهد فى العمل، ويرجح ألا يكون لها التأثير المرغوب. الأطباء فى منظمة "مبرص" كانوا فى حاجة إلى المعرفة، والمهارات، والتكنيكات التى تمكنهم من النجاح كقادة. تم توفير هذا عن طريق الدورة السريعة لأكاديمية "ستيب" لبرنامج التدريب على تحسين الجودة (انظر الفصل الثامن)، وقد أكملها ما يقرب من ٣٠٠ طبيب بين ٢٠٠٥ و ٢٠١٢. المبدأ وراء هذا التدريب هو أن قواد الأطباء الذين تعودوا على أن يضعوا أهمية المريض أولاً، يتم وضعهم على نحو مثالى بحيث يدعمون مبادرات الجودة الإكلينيكية وأمان المريض المؤسسين على العمل فى

فريق، ويكون لهم دور حاسم لخلق منظمات يُعتمد عليها بدرجة عالية.[٩] بدون مشاركة الأطباء، لا يمكن أن تتوصل معظم مبادرات تحسين الجودة إلى تحقيق كل إمكانياتها بالكامل.

فى ٢٠٠٦ سرّعت منظمة "مبرص" من وضع الأطباء فى مواقع القيادة. لم تقدم "مبرص" فى ذلك الوقت برنامجًا بشكل رسمى لتدريب الأطباء على القيادة. ما إن تم إدراك الحاجة لهذا التدريب، حتى قررت منظمة "مبرص" أن تبدأ فى توفير تدريب على القيادة أكثر برجماتية (بمعنى العلاقة "بالعالم الواقعى") يركز فيه الاهتمام على التواصل، وأساليب القيادة، ومسئولياتها، وحل النزاعات. أجرت منظمة "مبرص" تقييمًا للاحتياجات ورد فيه(١) ترشيح العديد من الأطباء المستقلين والموظفين للتدريب، وذلك على أساس إمكانياتهم للقيادة؛ و(٢) الحصول على آراء الأطباء عن نوع التدريب الذى يريدونه؛ و(٣) الحصول على آراء الأطباء عن مدى الوقت الذى يمكن لهم الالتزام فيه بهذا التدريب. بناء على المعلومات، صممت منظمة "مبرص" مقررًا تعليميًا للتدريب وأرسلت طلبات للاقتراحات إلى منظمات عديدة لاستكشاف الطرائق لتشكيل بنية هذا التدريب. فى النهاية تم اختيار مكان قريب هو "مدرسة كوكس لأشغال البيزنس فى دالاس "بجامعة الميثوديست الجنوبية"، حتى توفر هذا التدريب؛ وهكذا تمت ولادة برنامج الأيام الستة "لبرنامج بايلور الرفيع المستوى لقيادة الأطباء (وفية يتعلم الأطباء مهارات فى القيادة، والتعاون، والماليات، والإستراتيجية). تم أيضًا إنشاء برنامج من يوم واحد لقواد الأطباء البازغين.

مقرر تعليمى تمهيدى لقيادة الأطباء

فى كل سنة يعين كبار قواد منظمة "مبرص" ما يقرب من ٧٠ طبيبًا لهم إمكانية للقيادة ليحضروا مقررًا تعليميًا للقيادة مدته يوم واحد ويقوم بالتدريس فيه

كبار قواد الأطباء فى منظمة "مبرص"، وطبيب من "الكليــة الأمريكيــة للأطبــاء التنفيذيين"، ومدرسون من "شركة جريلى"، وهى شركة استشارية خارجية. يــدخل البرنامج بالأطباء فى موضوعات مثل "الانتقال من العمل كــإكلينيكى فعــال إلــى العمل كقائد فعال "، ومثل "إدارة أفراد الهيئة الطبية والمجلــس"، و"معالجــة أمــر الأطباء المناوئين"، و"أهمية قيادة الأطباء بالنسبة لبايلور". هذا المقــرر التعليمــى يساعد الأطباء على السلوك بتعاون، وعلى تفهم دورهم التنظيمى فى قيــادة أفــراد الهيئة الطبية وأدوارهم فى نطاق منظمة الرعاية الصحية [٥].

تنمية قيادة الأطباء بمستوى رفيع

بالنسبة لقادة الأطباء الذين لهم خبرة أكثر، تقدم منظمة "مبرص" و "مدرســة كوكس لأشغال البيزنس" فى جامعة الميثوديست الجنوبية" مقررًا تعليميًا يتم تدريسه فى دورات من ستة أيام كاملة يتم توزيعها عبر سنتين. يساهم فى هذه المقــررات خمسون من الأطباء القواد. العناصر الجوهرية "لتدريب بايلور ذى المستوى الرفيع لقيادة الأطباء" قد تم وصفها فى جدول[١،٦].

ملامح المقررات التعليمية الفعالة لقيادة الأطباء

حسب خبرة منظمة "مبرص" المقررات التعليمية الناجحة لقيادة الأطباء لهــا خصائص معينة. وهى نمطيًا لا تُعلَّم فى قاعة محاضرات المستشفى؛ لأن تــدريس هذا المقرر خارج المستشفى يدعم تركيز الاهتمام فيه على القيادة بدلاً من

جدول ١،٦ العناصر المهمة فى المقرر التعليمى لمنظمة بايلور للرعاية الطبية لتقديم مقرر بمستوى رفيع لتعلم القيادة الطبية (مع جامعة الميثوديست الجنوبية)

المجال	العناصر
القيادة	تحليل أسلوب قيادتهم وإنشاء خطة لتحسين فاعلية الإدارة. تنمية الوعى الشخصي والفعالية فى التعامل مع النزاعات والسلوك المناوئ. قيادة المبادرات الفعالة للتغيير التنظيمى. الإدارة من خلال التأثير، خلق علاقات أكثر إنتاجية وأكثر إمتاعًا. ممارسة فن القيادة.
الماليات التعاونية	استخدام المعلومات المالية لاتخاذ قرارات شُغل (بيزنس) أفضل بواسطة تكلفة الرعاية الصحية والإدارة المالية. استخدام الحسابات الإدارية لتحسين التخطيط، والتحكم، واتخاذ القرار، استخدام التحليل المالى ليتم اختيار أفضل للمشروعات والاستثمارات.
الإستراتيجية	تطبيق الإدارة الإستراتيجية للتنافس على الطليعة لتحويل الأفكار إلى فرص بيزنس. تطبيق الإستراتيجية التعاونية على التخطيط التنظيمى. تطبيق إستراتيجية رأس المال البشرى فى الأداء الإدارى لتقييم الموظفين وتنميتهم.

التركيز على إدارة المستشفى. المقررات التعليمية الشاملة البعيدة عن الموقع والتى تستمر على الأقل لثلاثة أو أربعة أيام يمكن أن تكون فعالة. إبقــاء تــدريس "المقرر التعليمى الرفيع المستوى للقيادة الطبية فــى "مدرســة كــوكس للبيــزنس بالجامعة الميثودية الجنوبية " قد ساعد الأطباء على فهم أن الرسالة تــدور حــول القيادة بالمعنى الواسع وليس بمعنى إدارة المستشفى وتوصيل الرعاية الصحية.

بالإضافة إلى موقع التدريب على قيادة الأطباء، فإن موضوع البحث بــشأن صلاحية الخبرة أمر مهم. يتم تدريس "برنامج بايلور الرفيع المستوى للقيادة الطبية" بواسطة أفراد غير أطباء يعلّمون الأطباء، وهذا يــساعد الطلبــة علــى فهــم أن المهارات التى يتعلمونها أساسية لأشغال البيزنس، وأنهــم ينبغــى ألا يتوقعــوا أن يكونوا قد حصلوا عليها عن طريق تعليمهم أو خبرتهم الإكلينيكية. فى الوقت نفسه هناك قادة كبار للأطباء فى منظمة "مبرص" يــساهمون فــى المقــرر التعليمــى، ويدرّسون بعض قطاعات منه، ويشاركون فى الحوار ما بــين فــصول الدراســة ليثبتوا عمليًا أن هناك علاقة وتطبيقات لما يدرس من المهارات مع السياق الخاص للرعاية الصحية. عندما يحضر المقرر أطباء عديدون مع كبار الأطباء المشرفين، مثل رئيس الموظفين الطبيين، فإن الحوارات داخل فصول الدراسة وخارجها أيضًا تنحو إلى تركيز الاهتمام على القيادة وعلى تطبيق المهارات التى تم تعلمها.

هناك ملمح آخر هام فى تدريب قادة الأطباء الذى أنشأته منظمة "مبــرص"، وهو تحديد وقت معين يلتقى فيه المساهمون فى وجبة غذاء غير رســمية، وفــى "منتدى صحى" ليناقشوا دراسة حالة لأشغال "بيزنس للرعاية الصحية. تقدم منظمة "مبرص" هذا كجزء من البرنامج، بعد مرور شهر على كل دورة لفصول الدراسة التقليدية. تعقد جلسات وجبة الغذاء فى منازل ستة من كبار قادة الأطباء، ودراســة الحالة هذه تعكس وتدعم المادة التى تمت تغطيتها فى فــصول الــدورة الــسابقة. يحضر هذه الجلسات على نحو نمطى ثمانية إلى عشرة مــن الفــصل الدراســى.

المساهمون السابقون يوفرون تغذية مرتدة إيجابية فى هذه الاجتماعات، ولوحظ فيها بوجه خاص أن هذا يشجعهم على مناقشة قضايا ليست إكلينيكية. جرت محاولات لنسخ هذه الجلسات "على الخط" باستخدام وسائل الإعلام الاجتماعية (أى صفحة الفيس بوك) ولكن هذه المحاولات كانت أقل إنتاجية؛ ذلك أن جانب وجود الأفراد وجهًا لوجه أمر حاسم لنجاحها.

المقررات التعليمية الناجحة تتطلب أيضًا المسئولية والالتزام تنظيميًا. لاختيار الأطباء "لبرنامج التدريب رفيع المستوى على القيادة الطبية"، يجب أن يتم ترشيحهم بواسطة قائد تنظيمى وكبار القواد الإكلينيكيين الذين يتبينون إمكانات المرشحين للقيادة. يلى الترشيح أن ترسل منظمة "مبرص" للأطباء دعوى لتقديم الطلبات. تقديم الطلب يلزم للقبول فى البرنامج وإهمال تقديمه يلغى تأهل الطبيب للاشتراك. هذه خطوة أساسية، ولها أهميتها، وتتطلب إقرار الأطباء بالتزامهم بدور قيادى والإيفاء بمتطلبات المقرر التعليمى. وهذا أيضًا يجعلهم مسئولين عن تصرفاتهم.

نجاح تدريب الأطباء على القيادة

أنهى ما يقرب من ١٥٠ طبيبًا "لتدريب ذى المستوى الرفيع على قيادة الأطباء"، وهناك ٤٠٠ إلى ٥٠٠ طبيب أكملوا المقرر التعليمى التمهيدى لقيادة الأطباء و/أو الدورة السريعة "لأكاديمية **ستيب**" للتدريب على التحسين.

نتج عن تدريب منظمة "مبرص" لقيادة الأطباء الكثير من النتائج الإيجابية، بما فى ذلك تقوية قيادة "اللجنة التنفيذية الطبية" فى كل مستشفى من مستشفيات منظمة "مبرص"، وكذلك الإنجاز الذى يُعترف به قوميًا بالنسبة "لشبكة توفير الصحة لتكساس"، وتشكيل منظمة رعاية مسئولة. كل هذه الإنجازات تعتمد بشدة على كادر من الأطباء المدربين على القيادة.

منظمة "مبرص" تقيس نجاح "برنامج بايلور الرفيع المستوى للقيادة الطبية" بواسطة أبحاث مسح تقليدية للتغذية المرتدة. بناء على هذه الأبحاث فإن ٧٠ فى المائة من المساهمين فى المقرر التعليمى قد تقدموا إلى مستوى أعلى فى القيادة بعد تلقيهم للمقرر، كما أن خريجى دراسة المقرر أفادوا بوجه خاص فى مبادرات منظمة "مبرص" المتعلقة بتنفيذ تكنولوجيا المعلومات الصحية ودعم القرار الإكلينيكى. بالإضافة إلى ذلك، فإن قيادة الأطباء ظلت عنصرًا مهمًا فى الإقرار الذى تلقته منظمة "مبرص" قوميًا اعترافًا بإنجازاتها فى الجودة، بما فى ذلك الحصول على "الجائزة القومية لجودة الرعاية الصحية " وجائزة "شبكة موفرى الصحة لتكساس" التى منحتها "جمعية المجموعة الطبية الأمريكية" فنالت "مبرص" هكذا جائزتها للتفوق. عند النظر إلى مثل أكثر تحديدا لتأثير قواد الأطباء، نجد أن الكثير من جهود منظمة "مبرص" لتحسين الجودة يعتمد بشدة فى تنفيذه على نموذج للطبيب المناصر للتفوق (انظر الفصل الأول). قواد الأطباء الذين أخذوا على عاتقهم القيام بهذه الأدوار فى المستشفى، أو فى خط للخدمة، أو فى مستويات المنظمة الأخرى، كلهم أفادوا فى دفع اتخاذ هذه الوسائل التى تدعم ممارسة الطب المعاير الذى يعتمد على الأدلة، عبر كل مستشفيات منظمة "مبرص"؛ مثال ذلك، تزايد استخدام مجموعة بيانات الأوامر الطبية عند إدخال حالات الالتهاب الرئوى وهبوط القلب فزادت من نقط بداية تقل عن ٥٠ فى المائة من المرضى المؤهلين للدخول، لتصل إلى ما يقرب من ٧٥ فى المائة من الاستخدام خلال سنتين من إطلاق نشر مجموعة بيانات الأوامر، وهذا بدوره قلل من معدل وفيات المرضى وتكاليف الرعاية لهاتين الحالتين [١٠،١١].

التطور فى الاستجابة لتدريب الأطباء على القيادة

مع تزايد عدد الأطباء الذين ينالون تدريب ومهارات القيادة، تطورت البنية التحتية لمنظمة "مبرص" لتوفر لهم الفرصة لتطبيق ما يتعلمونه. وكمثل، فإنه منذ سبع سنوات كان لمنظمة "مبرص" نائب رئيس واحد للشئون الطبية فى مستشفى

واحد؛ يوجد الآن فى كل مستشفى لمنظمة "مبرص" رئيس للموظفين الطبيين هو نائب الرئيس للشئون الطبية. يقود هؤلاء الأطباء أشغالاً عملياتية تتعلق بالممارسة الإكلينيكية، والجودة، وتحسين الأمان، ويدفعون التغير قدمًا. كل هؤلاء الأطباء تخرجوا من "برنامج بايلور ذى المستوى الرفيع لقيادة الأطباء".

أخذ كبار القواد الإداريين فى منظمة "مبرص" يدركون أهمية قيادة الأطباء وصنعوا الالتزام التنظيمى لتنمية هذه القدرة. حاليًا، ساعدت منظمة "مبرص" ماليًا العديد من قواد الأطباء فى الحصول على درجاتهم للماجستير فى إدارة الأعمال. كل واحد من هؤلاء الأطباء قد تقدم إلى المستوى التالى وصنع إسهامات لها قدرها للمنظمة. تدرك منظمة "مبرص" أن هناك دائمًا المخاطرة بأن الأطباء قد يغادرون عملهم فى المنظمة بعد أن استثمرت نقودًا فى تدريبهم على قيادة أشغالهم بالبيزنس. ومع ذلك قررت منظمة "مبرص" مواصلة القيام بهذا الاستثمار، وأن تنمى أثناء ذلك أيضًا فرص قيادة الأطباء التى ينبغى أن تشجع هؤلاء الأطباء على البقاء فى منظمة "مبرص" وأن يتابعوا مستقبلهم المهنى كقواد فى منظمة "مبرص".

الاستنتاج

التدريب الرسمى على قيادة الأطباء جزء متكامل من أى إستراتيجية لمنظمات الرعاية الصحية حتى تساهم وتستجيب لحشد التغيرات التى تواجه المهنة. قيادة الأطباء ظل لها إسهام مهم فى نجاح منظمة "مبرص" فى توفير جودة رعاية عالية المستوى. حتى ينجح قواد الأطباء يلزم لهم تدريب رسمى فى المهارات الإدارية ومهارات القيادة لدعم خبرتهم الإكلينيكية وتمكينهم من التعامل بنجاح مع تعقدات بيئة الرعاية الصحية. الأطباء نمطيًا لا يتلقون هذا التدريب على البيزنس أثناء تعليمهم الإكلينيكى، ولهذا فإن منظمة "مبرص" توفر المقررات التعليمية الرسمية للتدريب على القيادة على مستويات مختلفة من الكثافة والالتزام زمنيًا.

طرح دونالد بيرويك أن، "العقبات أمام إسهام الأطباء قد تتحول فى النهايـــة لتصبح أهم قضية واحدة تعوق نجاح تحسين الجودة فى الرعاية الصحية.[٨] منظمة "مبرص" عن طريق استثمارها التاريخى والمستمر فى بناء قيـــادة الأطبـــاء، قـــد شجعت إسهام أطبائها فيها. هذا عامل مهم فى جهود منظمة "مبرص"؛ لأن تـــضع نفسها كمنظمة قائدة بين المنظمات الأخرى للرعاية الصحية فى جودة الرعاية التى توفرها لمرضاها.

المراجع

1. Reinertsen, J. L., M. Bisognano, and M. D. Pugh. 2008. *Seven leadership leverage points for organization-level improvement in health care*, 2nd ed. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement.
2. Stoller, J. K. 2008. Developing physician-leaders: Key competencies and available programs. *Journal of Health Administration Education* 25 (4): 307–328.
3. Stoller, J. K. 2009. Developing physician-leaders: A call to action. *Journal of General Internal Medicine* 24 (7): 876–878.
4. Huff, C. 2010. Are your docs management ready? *Hospitals & Health Networks* 84 (4): 20–23, 2.
5. Convery, P., C. E. Couch, and R. Luquire. 2012. Training physician and nursing leaders for performance improvement. In *From front office to front line: Essential issues for health care leaders*, ed. S. Berman, pp. 59–85. Oakbrook Terrace, IL: The Joint Commission.
6. Weisbord, M. R. 1978. *Organizational diagnosis: A workbook of theory and practice.* New York City: Perseus Books.
7. Starr, P. 1982. *The social transformation of American medicine.* New York: Basic Books.
8. Berwick, D. M., A. B. Godfrey, and J. Roessner. 1990. *Curing health care: New strategies for quality improvement.* San Fransisco: Jossey-Bass.
9. Sinclair, D. G., C. Carruthers, and J. Swettenham. 2011. Healthcare and physician leadership. *Healthcare Quarterly* 14 (1): 6–8.
10. Fleming, N. S., G. Ogola, and D. J. Ballard. 2009. Implementing a standardized order set for community-acquired pneumonia: Impact on mortality and cost. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 35 (8): 414–421.
11. Ballard, D. J., G. Ogola, N. S. Fleming, B. D. Stauffer, B. M. Leonard, R. Khetan, and C. W. Yancy. 2010. Impact of a standardized heart failure order set on mortality, readmission, and quality and costs of care. *International Journal for Quality in Health Care* 22 (6): 437–444.

الفصل السابع

قيادة التمريض

روزمارى لوكوير

مقـــدمة

قيادة التمريض ظلت بؤرة اهتمام متكاملة بالنسبة لمنظمة "مبرص" منذ قيام المؤسسة السالفة لها "مصحة تكساس المعمدانية التذكارية" بفتح أبوابها فى ١٩٠٩. كانت مارى مار وقتها كبيرة المشرفات على الممرضات، وقـد أنـشأت مدرســة لتدريب الطالبات الممرضات لإعدادهن لخدمة المرضى فى المستشفى الذى يحوى ٢٥٠ من الأســرة. تنامت بأكثر سمعة جودة التمريض فى المنظمة فـــى ١٩١٢، عندما أصبحت هيلين هوليداى ليهمان، التى درست فى جــون هوبكنز، المــشرفة على الممرضات، وعززت تركيز اهتمام المنظمة على تعليم الممرضات.[١] حاليًا، تستمر قيادة التمــريض فى منظمة "مبرص" فى أن تتميز بتركز الاهتمــام بقــوة على التعليم، والتنمية، والمهنية، وكــذلك أيــضًا التمكــين البنيــوى، والمعــايرة، والممارسة المؤسسة على الأدلة، والأبحاث، والنتائج الأمبريقيـــة، والامتــداد فـــى المجتمع. منظمة "مبــرص" عن طريق التزامهـــا بقيادة التمريض تنظم صــفوفها فى خط متسق مع دعوة "المعهد الطبى" للممــرضات "بــأن يتخــذن أدوارًا أكثــر للقيادة وأن يتعاونّ بالكامل مع المهنيين الآخرين فى توفير الرعاية الصحية لعـــدد متزايد من الناس"[٢]. تستخدم منظمة "مبرص" مجـــالات ماجنت الخمس (القيـــادة المتحولة؛ التمكين البنيوى؛ الممـــارسة المهنية التى تعطى المثل، المعرفة الجديدة؛ الابتكار) وتستعمل هذه المجالات كطبعة تصميم زرقاء[*] للطريقة التى ينبغـــى أن

---

[*] طبعة التصميم الزرقاء صورة فوتوغرافية بخطوط بيضاء على خلفية زرقاء ، وفيهـــا خطـــة تفصيلية لمشروع يتم إنجازه أو نموذج لمشروع معمارى أو ميكانيكى ليتم تنفيذه . (المترجم)

تؤدى بها منظمة التمريض وظيفتها. مبادئ ماجنت مغروسة في كل مناطق العمل والتصميم (٤،٣).

مجالات تركيز الاهتمام الخمسة

قادة التمريض فى منظمة "مبرص" لديهن خمس مجالات عامة لتركيز الاهتمام:

١- القيادة المتحولة – بما فى ذلك نموذج المشاركة في الحوكمة، والتخطيط والإستراتيجية، ودعم الممارسات المبنية على الأدلة، والتعليم، والتنمية، وتوصُّل مستشفيات منظمة "مبرص" إلى وضع "ماجنت" (٤).

٢- التمكين البنيوى – بما فى ذلك نموذج الممارسة المهنية للتمريض، ومجالس التمريض عبر كل منظمة "مبرص"، وبرنامج منح التميز للتمريض رفيع المستوى، التوصُّل "للتنسيق فى الممارسة عن طريق التأثير، والعلاقات، وبرنامج أدلة "أسبير، ASPIRE"(*)، وبممارسة الممرضات الممتدة للمجتمع.

٣-الممارسة المهنية التى تعطى المثل – تناضل منظمة "مبرص" لأن تحسن باستمرار نتائج الممارسة والمرضى. نموذج ممارسة التمريض المهنى (شكل ٧،١) يوضح كيف تتوصل منظمة "مبرص" إلى التنسيق عن طريق ممارسة التمريض المؤسسة على التفوق الإكلينيكى، والممارسة المؤسسة على الأدلة، والنتائج المثلى للمرضى، وثقافة الاستعلام عن المعلومات، وأبحاث التمريض.

(*) ASPIRE كلمة تتكون من الحروف الأولى للكلمات الإنجليزية: **Achieving Synergy in Practice through Iimpact, Relationships, and Evidence** بمعنى التوصل إلى التنسيق فى الممارسة عن طريق التأثير ، والعلاقات والأدلة . معنى المصطلح **ASPIRE** فيه شيء من المعنى المباشر لكلمة **Aspire** الإنجليزية بمعنى يسعى أو يطمح إلى، وإن كان لا يطابقه. (المترجم)

يتم روتينيا تأسيس الأهداف للتوصل إلى نتائج فى القمة فى نسبة الربع أو العشر الأعلى.

٤- المعرفة الجديدة، والابتكار، والتحسين - بما يشمل الأبحاث، والممارسة المؤسسة على الأدلة، واستخدام التكنولوجيا بعناية، والسجلات الصحية الإلكترونية.

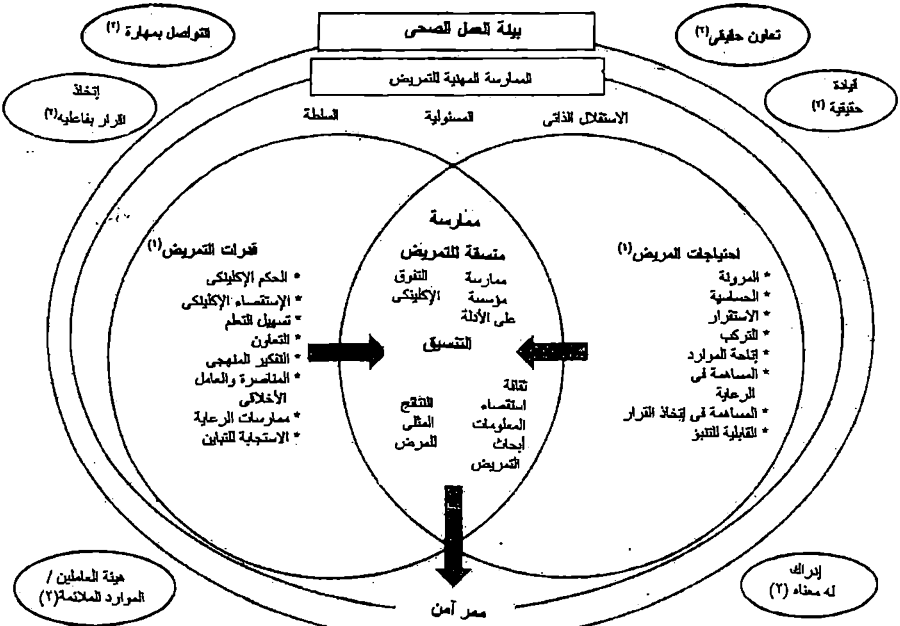
٥- النتائج الأمبريقية - بما فى ذلك نتائج المرضى، ونتائج التمريض، والنتائج التنظيمية، ونتائج العميل (٥).

نموذج المشاركة فى الحوكمة

المشاركة فى الحوكمة نموذج للقيادة المشتركة يعاد فيه تصميم بنى إدارة المستشفى وإجراءاتها ليشارك فيها كل أعضاء هيئة العاملين فى توفير الرعاية لتحسين الجودة والكفاءة.(٦) نموذج منظمة "مبرص" للمشاركة فى الحوكمة يدمج معًا مفاهيم العدالة، والمشاركة، والمسئولية، والملكية، وطريقة "**ستيب**"، وأفضل رعاية، وطريقة لإصدار القرار، وأمان المريض، والممارسة المؤسسة.

١- قدرات التمريض واحتياجات المريض أخذت عن "نموذج التنسيق لرعاية المريض" الذى أنشأته "الجمعية الأمريكية لممرضات رعاية الحالات الحرجة، ١٩٩٨".

٢- "الجمعية الأمريكية لممرضات رعاية الحالات الحرجة". "معايير الجمعية لإرساء واستدامة بيئات العمل الصحية، ٢٠٠٥".



(شكل ١،٧)

"نموذج منظمة بايلور للرعاية الصحية" من أجل الممارسة المهنية للتمريض (البيانات من "قدرات التمريض واحتياجات المريض" أخذت عن "نموذج التنسيق لرعاية المريض الذى أنشأته الجمعية الأمريكية لممرضات رعاية الحالات الحرجة ". هناك معايير لهذه الجمعية لإرساء واستدامة بيئات العمل الصحية، ٢٠٠٥)

على الأدلة.(٩) يتم تنفيذ ذلك عن طريق بنية مجالس تمتد من "مجالس ممارسات الوحدة"، ثم مرورًا بخط الخدمة، والمشاركة المركزية، ومستشار هيئة التمريض، ومجالس إدارة التمريض، ووصولاً إلى المجلس التنفيذى للتمريض، وهو يعطى للممرضات صوتًا باعتبارهن نصيرات للمريض، بما يؤكد على الصلة بين المسئولية والسلطة. يعمل النموذج أيضًا للتذكير بأنه عامل ضغط على

الممرضات فرديا، وكذلك فى عملهن فى المجلس، ومن أجل إنشاء إستراتيجيات وخطط لمستقبل ممارسة التمريض فى الوحدة، وخط الخدمة ، والمستشفى ومختلف مستويات المنظمة. المساهمة فى الحوكمة المشتركة تعد إحدى مسئوليات الممرضة وليست أمرًا اختياريًا فى منظمة "مبرص".

تعلم التمريض وتنميته

التعليم والتنمية يلعبان دورًا محوريًا فى قيادة التمريض. تقرير "المعهد الطبى لسنة ٢٠١٠ عن "مستقبل التمريض" يستلزم التالى من الممرضات :

- أن تتم الممارسة بالمدى الكامل لتعليمهن. وتدريبهن؛
- التوصل لمستويات أعلى من التعليم والتدريب عن طريق نظام تعليم مُحسَّن يعزز التقدم الأكاديمى الذى لا ينقطع؛
- أن يكنّ شركاء بالكامل مع الأطباء وغيرهم من مهنيى الرعاية الصحية فى إعادة تصميم الرعاية الصحية فى الولايات المتحدة.[٢]

بناء على هذه التوصيات، ركزت منظمة "مبرص" اهتمامها على تعزيز تعليم وتنمية هيئة العاملات فى التمريض منذ ٢٠١٠ مع استمرار الكثيرات من الممرضات فى متابعة الحصول على شهادة بكالوريوس علم التمريض أو الدرجات العلمية رفيعة المستوى. فى ٢٠٠٧، كان لدى منظمة "مبرص" ٤ ممرضات حاصلات على درجة الدكتوراه؛ حاليًا لدى المنظمة ٣٠ منهن، مع التأكيد على تطبيق الممارسات المؤسسة على الأدلة والأبحاث المترجمة. تسعى منظمة "مبرص" لأن تتوصل بحلول ٢٠١٥ إلى مستوى يكون فيه ٨٠ فى المائة من ممرضاتها حاصلات على درجات البكالوريوس، ويسبق ذلك بخمس سنوات ما يهدف له "المعهد الطبى" بالنسبة للولايات المتحدة.

حتى تشجع منظمة "مبرص" الممرضات على مواصلة متابعة درجاتهن الأكاديمية، فإنها تقدم لهن برنامج "منحة الارتقاء بالتفوق فى التمريض" (الذى تشرف عليه "مجموعة أنصار التمريض" لمؤسسة منظمة "مبرص"، كما تقدم أيضًا برنامجًا سخيًا للتعويض عن النفقات. تنال دارسات منح التمريض مرتباتهن وحوافزهن كاملة بمثل ما ينلنه عندما يعملن طول الوقت، فى حين أنهن أثناء الدراسة يعملن فقط لجزء من الوقت. يتم اختيار العديد من الممرضات فى كل سنة للمشاركة فى البرنامج. أُنشئت أيضًا مشاركات فريدة مع مدارس التمريض لدعم التعليم بمصاريف تعليم مخفضة. عند أى نقطة معينة من الزمان سنجد أن هناك ممرضات فى منظمة "مبرص" أُدرجن فى برامج أكاديمية للارتقاء بقاعدة معرفتهن.

بالإضافة إلى تشجيع الممرضات للحصول على درجات علمية أرقى، تنفذ منظمة "مبرص" برنامجًا "للزمالة التنفيذية للتمريض" مع "مدرسة كوكس لأشغال البيزنس" فى "جامعة الميثوديست الجنوبية". يُعد البرنامج لمنظمة "مبرص" مديرات وموجهات للأدوار القيادية الأكثر تقدمًا، وذلك عن طريق تنمية قيادة أرقى ومهارات أعمال بيزنس أرقى. فى كل سنة يكمل ٢٥ من قادة التمريض دراسة للزمالة من سنة واحدة تتكون من ١٢ حلقة عمل مكثفة، وتنتهى بتصميم وإكمال مشروع ذروة يجب أن يكون له تأثير له أهمية بالنسبة لمنظمة "مبرص"، ويظهر عائدًا عند الاستثمار، ويصدّق عليه رئيس الموظفين الماليين فى أحد كيانات "مبرص". يوفر هذا البرنامج لمنظمة "مبرص" مزايا مزدوجة بإيجاد قادة للتمريض لهن فاعلية أكبر، وكذلك بتنفيذ مشروعات الذروة، التى أثبتت عمليًا تجمع عائد للاستثمار بلغ حتى الآن ٢،٤ مليون دولار (٥).

تصنيف "ما جنت"

إحدى أكثر الطرق وضوحًا التى يُحدث بها الممرضات تحولاً فى القيادة فى منظمة "مبرص" هى ما يتم عن طريق تطبيق معايير "ما جنت" والتوصل إلى وضع "ما جنت". يُقر فى "برنامج إقرار ما جنت" بدور منظمات الرعاية الصحية فى جودة رعاية المريض، وتفوق التمريض، والابتكار فى الممارسة المهنية للتمريض. تصميم ما جنت أنشأه "مركز الممرضات الأمريكيات لاعتماد التصديق"، وهو التصميم القائد للممارسات والإستراتيجيات الناجحة للتمريض على نطاق العالم.(٤) حتى فبراير ٢٠١١ كانت خمسة مستشفيات فى منظمة "مبرص" تحوز تصنيف "ما جنت"، والهدف هو أن تتوصل لذلك كل مستشفى فى منظمة "مبرص". معايير "ما جنت" مغروسة فى توصيفات المهام وفى نظام أداء الإدارة فى منظمة "مبرص" حتى تتحدد بوضوح توقعات "ما جنت" وما تكونه المكافأة عليها.

نموذج "ما جنت" مهم؛ لأنه يؤكد على قدرة المستشفى على أن تثبت عمليًا نتائج محددة تعكس معرفة رفيعة المستوى وتعكس الأولويات القومية. هناك أمثلة للنتائج الإمبريقية تشمل نتائج المرضى (مثل معدل الوفيات المعدل حسب المخاطر، والوقوع، وما يصحبه من إصابات)؛ ونتائج التمريض (مثل مستوى مشاركة التمريض، ومعدلات التقلاب والأماكن الشاغرة)؛ والنتائج التنظيمية (مثل الكفاءة وإزالة العادم)، ونتائج العملاء (مثل تأثير برنامج الامتداد فى المجتمع). مستشفيات ما جنت يجب أن تثبت عمليًا نتائج إكلينيكية متفوقة، وكذلك أيضًا تركز الاهتمام بالرعاية التى يكون المريض مركزها. يؤكد نموذج ما جنت على القياس، وكذلك أيضًا على التحسن فى نتائج محددة، بما يتسق مع وجود تركيز للاهتمام القومى المدعم الموجه للطب المبنى على الأدلة والرعاية المبنية على القيمة (٣).

معايرة الرعاية

فى ٢٠٠٧ وظفت منظمة "مبرص" أول رئاسة تنفيذية للممرضات فى المنظمة. للتوصل لمعايرة أكبر عبر منشآت منظمة "مبرص" أخذت كل رئيسة تنفيذية للممرضات تقدم للمنظمة بنية تنظيمية تدفع منظمة "مبرص" إلى المزيد من الفعالية والكفاءة فيما يُتخذ من إجراءات، وتنفيذ، ونشر لأفضل ممارسات التمريض عبر كل المنظمة.

أحد العناصر المهمة الأخرى للتوصل إلى المعايرة ودعم الممارسة المبنية على الأدلة عبر كل المنظمة هو أن مجالس منظمة "مبرص" قد نُظمت أساسًا بواسطة خطوط الخدمة. حاليًا تشمل هذه المجالس "مجلس هيئة العاملين بالتمريض"، و"مجلس مديرة التمريض"، و"مجلس قسم الطوارئ"، و"المجلس الاستشارى للنساء"، و"مجلس الفترة قرب الولادة/ والولادة الحديثة"، و"مجلس الفترة قرب العمليات"، و"مجلس تمريض الرعاية الحرجة". تتضمن المجالس ممثلين من كل المنشآت، وهى تنمى وتنفذ مبادرات لتحسين الرعاية وخفض التبديد بالعادم عبر منظمة "مبرص".

التنسيق فى الممارسة عن طريق التأثير والعلاقات، والأدلة

تقدم منظمة "مبرص" برنامج "أسبير، ASPIRE" لدعم التنمية فى الممارسة، والتعليم، والأبحاث، والقيادة وذلك بمنح مكافآت إضافية لتولى تنفيذ المشروعات المهمة التى ترتقى بالرعاية. تشجع منظمة "مبرص" ممرضاتها على توليهن لمشروعات تحسين الجودة، ودراسات الأبحاث، ومبادرات الامتداد فى المجتمع، وذلك بما يتجاوز ما تتطلبه توصيفات عملهن.

أهداف "أسبير" هى :

- تمكين الممرضات من إدراك وتوصيل الفارق الذى يصنعنه بالنسبة لنتائج المرضى؛
- أن يجعلن هناك تمايزًا فى ممارسة التمريض مهنيًا من حيث المسئولية والاستقلال الذاتى، والسلطة من جيث علاقتها بالنتائج؛
- دعم الزمالة، والإشراف، والقيادة فى التمريض؛
- تعزيز تنمية ما هو جديد من المعرفة، والمهارات، والمواقف؛
- اعتناق الابتكار واتخاذ القرار المبنى على الأدلة.

مشاريع "أسبير" متنوعة وابتكارية. هناك أمثلة لعناوين مشروعات حديثة، تتضمن "تنفيذ قسم قومى للطوارئ وحاسب لدرجات الازدحام"، و"مجموعة بيانات الأوامر الطبية لدخول حالات البتر"، و"توثيق اتباع القواعد بالنسبة لأهمية المدخل/ المخرج والوزن فى وحدة الرعاية المتخصصة "، و"نادى صحيفة إلكترونية لتحسين استخدام الممارسة المبنية على الأدلة فى وحدة المخاض والولادة"، و "تغذية الرضّع المؤسسة على إشارات التواصل".

أبحاث التمريض والممارسة المؤسسة على الأدلة

المعرفة، والابتكار، والتحسين المبنى على الأدلة كلها مجالات مهمة ليركز عليها قادة التمريض فى منظمة "مبرص"، المنظمة كجزء من التزاماتها بالابتكار (إحدى القيم الخمس لمنظمة "مبرص"، انظر المقدمة، شكل ١،١)، فإنها تستضيف سنويًا اجتماعًا للممرضات عن "قمة أبحاث التمريض والممارسة المؤسسة على الأدلة" حتى تشارك الممرضات فى الأبحاث المعروضة ودراسات أبحاث التمريض.

حاليًا هناك أكبر مشروع للممارسة المبنية على الأدلة وأبحاث التمـريض فى الطريق لتنفيذه فى منظمة "مبرص" وهو البحث الذى يجرى تحت إشراف منحة من الصندوق المالي الخيرى "لديربروك" (تشيفى تشيز، فى ماريلاند)، وقد تعهـد بمنحة بأكثر من ٤ و ١٢ مليون دولار موزعة على ثلاث سنوات لتحسين رعايـة المرضى المسنين. المبادرات الأساسية فى نطاق هذا البحث تتضمن:

١- خلق برامج لتعليم التمريض المتخصص فى رعاية المسنين، بما فى ذلك مركز واقعى ونموذج محاكاة بالكمبيوتر.

٢- تنقيح برنامج شامل تطوعى للمرضى المسنين الذين يتم إدخالهم للمستشفى مع إضافة تكنولوجيا "Wii، واى ى" (*).

٣- خلق مشاركات فى التعليم وأفضل مشاركات للمزاولة مـع دور تمـريض ذى مهارة.

٤- خلق اتحاد مالى مع خبراء أمراض المسنين فى المنطقة فى جامعات التمريض ومدارس الأنثروبولوجيا خلال كل شمال تكساس.

٥- تقييم المخاطر بالنسبة للمصابين بأمراض مزمنة وتنقيح نمـوذج رعايـة انتقـالى للإقلال من عودتهم لدخول المستشفى والإقلال من ترددهم على غرفة الطوارئ.

الدروس المستفادة

أحد أهم عوامل نجاح منظمة "مبرص" فى تنمية قـادة للتمـريض، التـزام المنظمة بالشفافية. كل وحدات رعاية المرضى فى المنظمة تنشر بياناتها لتعـرض تغيرات هيئة العاملين، ورضاء هيئة العاملين، كما تعـرض القياسـات المرتبطـة

(*) تكنولوجيا واى ى تكنولوجيـا جهـاز يابـانى حـساس للحركـة، وهـو أصـلاً لألعـاب الفيديو. (المترجم)

بأمان المرضى وجودة الرعاية الصحية. تؤدى هذه الشفافية إلى مناقشات مفتوحة للقضايا، واستكشاف الحلول، ودعم الثقة بين الموظفين. يؤدى هذا بدوره إلى تحسين الإبقاء على الممرضات، وقدرة منظمة "مبرص" على تنمية وتدريب قادة التمريض. هناك أمثلة على حلول التمريض لتحسين أمان المريض وجودة الرعاية أو رضاء الموظفين، وكلها مدفوعة بالشفافية التى خلقت بواسطة الحوكمة المشتركة والعرض المفتوح لبيانات الأداء على مستوى الوحدة، وتتضمن هذه الأمثلة :

- تخفيض حالات القرح الناتجة عن الضغط، وحالات العدوى التى تكتسب داخل المستشفى.
- زيادة الإبقاء على أفراد هيئة العاملين عن طريق اللقاءات مع الأنداد.
- اختيار المعدات.
- إدخال الإجراءات الذاتية لترتيب جدول الأعمال فى الوحدات الإكلينيكية الفردية.

هناك عوامل إضافية لتحسين إبقاء الممرضات وقيادتهن، وتتضمن:

- نموذج المشاركة فى الحوكمة، الذى يمكن الممرضات من العمل كنصيرات للمرضى.
- التزام منظمة "مبرص" بتعليم وتنمية الممرضات عن طريق برامج مثل منحة "الارتقاء بالتفوق فى التمريض" و "برنامج الزمالة التنفيذية للتمريض".
- التزام منظمة (مبرص) بتحسين النتائج الإمبريقية، مثل نتائج المرضى، والنتائج المتعلقة بالتمريض، والنتائج التنظيمية، ونتائج المستهلكين، وهو التزام يتسق مع مجالات الأولوية لوضع ما جنت فى "مركز الممرضات الأمريكيات لاعتماد التصديق".

مديرات التمريض فى منظمة "مبرص" يتم تدريبهن أيضًا علــى التكنيكــات السلوكية فى اللقاءات، وهناك شريك "للموارد البشرية" مخصص فقط للتمريض.

بالإضافة لذلك، فقد تعلمت منظمة "مبرص" أهمية إيجاد "القيادات المناسـبة" لدفع التغير. هؤلاء القائدات يلزم أن يتشاركن فى الرؤية، والقيم والأهــداف التــى تتسق مع رؤية منظمة "مبرص" وقيمها، وأهــدافها. القائـدات يــضعن الأسـلوب المتعلق بمدى ما سيكون عليه طموح أفراد هيئة العاملين معهن. يجب ان تنــتظم صفوف قائدات التمريض فى خط متسق مع ما لمنظمة "مبرص" من رؤية، وقــيم، وأهداف، وذلك حتى يشجعن موظفى خط المواجهة لديهن على اتخاذ الأهداف التى فيها تحد والتوصل لإنجازها داخل حلقات "السلسلة المنحدرة" من أهداف المنظمــة المتعلقة بالأفراد، والخدمة، والجودة، والماليات.

الاستنتاج

منظمة "مبرص" تلتزم منذ زمن طويل بقيــادة للتمــريض تتميــز بتركيــز الاهتمام على التعليم والتنمية، والتمكين البنيوى، والمعايرة، والممارسة المؤســسة على الأدلة، والأبحاث، والنتائج الإمبريقية، والامتداد للمجتمــع. هنــاك عوامــل إضافية تدفع منظمة "مبرص" لتنمية قادة أقوياء للتمريض، ومــن هــذه العوامــل الشفافية، ونموذج المشاركة فى الحوكمة، والتفانى فى إيجاد "القادة المناسبين" لــدفع التغيير عبر كل المنظمة. نجاح منظمة "مبرص" فى تنمية قيادة التمريض قد ثبــت عمليًا فى تزايد عدد الممرضات فى "مبرص" اللاتى يحملن درجات علمية رفيعــة المستوى، وفى المستشفيات الخمس لمنظمة "مبرص" التى توصلت إلى وضع "مــا جنت" "لمركز الممرضات الأمريكية لاعتماد التصديق"، وفى وجود ما يزيــد عــن ٩٠ مشروعًا للتمريض دعمت الجودة والكفاءة عبر كل المنظمة، وفــى اجتــذاب

تمويلات لمنح كبيرة من مؤسسات خاصة خارجية لتمكّن منظمة "مبرص" من تنفيذ أفضل الممارسات فى رعاية المسنين. التزام منظمة "مبــرص" بقيــادة التمــريض ينتظم فى خط متسق مع الأولويات القومية التى تضع المنظمة فى وضع المشاركة والاستجابة للتحديات التى تواجه مهنة الرعاية الصحية.

المراجع

1. Wilsey, H. L. 2004. *How we care: Centennial history of Baylor University Medical Center and Baylor Health Care System, 1903–2003*. Dallas: Baylor Health Care System.
2. Institute of Medicine of the National Academies. 2010. *The future of nursing: Leading change, advancing health*. Washington, D.C.: National Academies Press.
3. Luquire, R., and M. Strong. 2011. Empirical outcomes. In *Magnet: The next generation—nurses making the difference*, eds. K. Drenkard, G. Wall, and S. H. Morgan. Silver Spring, MD: American Nurses Credentialing Center.
4. American Nurses Credentialing Center. ANCC Magnet Recognition Program®. Online at: http://www.nursecredentialing.org/Magnet.aspx (accessed December 13, 2012).
5. *Baylor nursing annual report: July 2010 through June 2011*. Dallas: Baylor Health Care System.
6. Casanova, J. 2008. Medical staffs and nursing staffs: The need for joint leadership. *Physician Executive Journal* 34 (6): 24–27.

القسم الثانى

البنية التحتية ووسائل الرعاية بطريقة "ستيب"

الفصل الثامن

أكاديمية "ستيب"

برادلى م. ليونارد، وكريستوفر شوتس، ونيل س. فليمنج

مقدمة

تلتزم منظمة "مبرص" بأن توفر للأطباء، والممرضات، وغيرهم من قادة الرعاية الصحية، المعرفة والوسائل اللازمة لتوصيل الرعاية بطريقة "**ستيب**". يتطلب هذا الالتزام أن يتعلم من يقومون بالرعاية الصحية الطرائق المناسبة والمهارات اللازمة لتحسين جودة الرعاية الصحية. أسست منظمة "مبرص" فى ٢٠٠٤ المنهج التعليمى المسمى منهج "أ ب ت بايلور" (ويسمى الآن أكاديمية "**ستيب**")، والذى يتأسس على "برنامج التدريب المصغّر رفيع المستوى للرعاية الصحية فى إنترمونتين"، ويقوده برنت جيمس[1] لتعليم قواد الرعاية الصحية الداخلية النظرية والمناهج للدورة السريعة لتحسين الجودة. المساهمون فى تلقى هذا المقرر التعليمى يتعلمون المبادئ العامة لتحسين الجودة المستمر. وكذلك بوجه خاص وسائل تحسين جودة الرعاية الصحية، وينهون المقرر التعليمى بتصميم وتنفيذ مشروع لتحسين الجودة. برنامج تدريب "أكاديمية "**ستيب**" جزء مهم من عمل منظمة "مبرص" لإرساء الثقافة والبنية التحتية اللازمين لدعم تحسين الجودة، وقد أسهم بما له قدره فى نجاح "مبرص" فى هذا المجال.[٢] تدريب "أكاديمية "**ستيب**" يتلاءم مع النقطة السابعة "الفعالة للقيادة عند معهد تحسين الرعاية الصحية"– أى بناء القدرة على التحسين [٣].

فى ٢٠١١ دمجت منظمة "مبرص" مقرر بايلور التعليمى " أ ب ت" فى "أكاديمية **ستيب**" التى أنشأتها حديثًا، وذلك فى إدراك لتأكيد المقرر التعليمى على الرعاية بطريقة "**ستيب**". "أكاديمية **ستيب**" تدرّس لأطباء، وممرضات، وإداريين

من خارج منظمة "مبرص" ليتعلموا المهارات والتكنيكات اللازمة لقيادة جهود تحسين الجودة فى منظمات الرعاية الصحية الخاصة بهم. يؤكد المنهج الدراسى على عناصر الرعاية بطريقة "**ستيب**" وتطبيق هذا الإطار للعمل لتحسين الرعاية، وتعلم الوسائل للتغيير الثقافى والتغيير فى المعالجة من أجل تسهيل تحسين الجودة فى أوضاع شتى من توصيل الرعاية الصحية.

الدورة السريعة لتعليم تحسين الجودة

استمرت منظمة "مبرص" منذ ٢٠٠٤ فى تدريب قوادها من الأطباء والممرضات والإداريين على طرائق الدورة السريعة لتحسين الجودة.[٤] يشارك فى تدريس المنهج الدارسون العديدون من قواد منظمة "مبرص"، ويعلمون المساهمين فى تلقى الدورة طرائق لتصميم مبادرات تحسين الجودة، وتنفيذها، وتقييمها؛ ويساعدونهم على فهم العلاقة بين الجودة والتكلفة؛ ويزودونهم بفهم عام للتغاير الإحصائى وممارسة الطب المؤسس على الأدلة. وهم أيضًا يقدمون لهم الوسائل والتكنيكات المتعلقة بأمان المريض، والقيادة، والعمل كفريق، وإستراتيجيات تغيير الإدارة لتحسين الجودة[٢].

منذ ٢٠٠٤ أكمل هذا التدريب فى منظمة "مبرص" ٢٧٣ من الأطباء، و٦١٧ من الممرضات، و٧٣٣ من الإداريين، الأمر الذى أعدهم لقيادة مبادرات التحسين فى الأقسام الخاصة بهم. وفرت منظمة "مبرص" هذا التدريب أيضًا للقواد من المنظمات الأخرى للرعاية الصحية، بما فى ذلك المستشفيات الصغيرة والريفية التى تنقصها الموارد لتأسيس هذه البرامج على نحو مستقل.

أهداف المقرر التعليمى لتحسين الجودة

"أكاديمية **ستيب**" تعلم المبادئ الجوهرية التالية لتحسين الجودة الإكلينيكية:

- طرائق الدورة السريعة لتحسين المؤسسة على أسلوب (التخطيط، العمل، المراجعة، التنفيذ).
- تصميم وسائل جمع البيانات.
- الطرائق لتحليل البيانات لتحديد الأسباب الجذرية.
- الوسائل لتحديد وفهم المشاكل التى تؤدى إلى وضع أولويات طرائق التدخل وتصميمها وتنفيذها وتقييمها.
- الوسائل لتسهيل انسياب المعالجات، وإزالة الأخطاء، باستخدام مناهج طريقة التخلص من الإهدار (**Lean**) ومناهج النقاط الست "لسيجما"(*) من أجل الإقلال من التغاير.
- تحسين عمليات الرعاية وتحسين نتائج المريض الذى يكون مركز اهتمامها، وذلك على أساس المجالات الست "لمعهد الصحة" لجودة الرعاية الصحية (أى الرعاية بطريقة "**ستيب**").
- معايرة الرعاية ومعالجات العمل الأخرى.
- تنظيم الثقافة والقيادة فى صف متسق للارتقاء ولتنفيذ البنية التحتية لدعم وتحسين الإدارة فى الخط الأمامى للرعاية الصحية.
- النقاط الخمس للتخلص من الإهدار، وأول حرف فى كل منها هو **S** (الفرز **Sorting**، والتقويم **Straightening**، والجرف **Sweeping**، والمعايرة **Standerdizing**، والاستدامة **Sustaining**): وذلك فى القيادة، وعمل الفريق، وتغيير الإدارة المؤسس على عمل الفريق فى فروع معرفية متعددة، مع تسهيل هندسة عملية التحسين.

(*) النقاط الست لسيجما تكون باتباع أسلوب إحصائى معين يدفع بعملية الإنتاج لما يقرب من الكمال، مع تحسين الكفاءة والفعالية على نحو موجز سهل .(المترجم)

نموذج التخطيط – العمل – المراجعة – التنفيذ للدورة السريعة للتحسين

المقرر التعليمى "لأكاديمية **ستيب** " يدرب المساهمين فيه على دورة سريعة للتحسين يتركز الاهتمام فيها على الإرشاد واختبار للتدخلات بواسطة نموذج التخطيط – الفعل – المراجعة – التنفيذ.

- **التخطيط:** تغير يهدف إلى تحسين الجودة.
- **عمل:** المهام المطلوبة لتنفيذ التغير، والأفضل أن يكون ذلك بمدى صغير.
- **مراجعة:** نتائج التغير.
- **التنفيذ:** لاتحاد التغير، أو تنقيحه، أو نبذه.

فى كل مرة تتكرر فيها هذه الدورة كجزء من عملية متكررة، يزداد تحسين الجودة.

مشروع تحسين الجودة باستخدام فروع معرفية متعددة

يطلب من كل طالب فى "أكاديمية **ستيب**" أن يكمل دورة سريعة من تسعين يومًا لمشروع تحسين للجودة يتأسس على مبادئ "**ستيب**"، ومتابعة هدف "لسمارت" **(SMART)**:

S: **(Specific)** حدود خاصة (مجال)، تحديد مركز الاهتمام بالنتائج، أفراد من السكان مستهدفون بوجه خاص.

M: **(Measureable)** هدف رقمى قابل للقياس له قياسات محددة للتقدير الكمى للإنجاز.

A: **(Agreed)** مجال تحسين متفق عليه باعتبار أن له أسبقية أعلى وله إستراتيجية تغيير قابلة للتفعيل.

R: (**Realistic**) هدف واقعى قابل للإنجاز خلال الإطار الزمنى، ولكنه أيضًا له تأثير محدد.

T: (**Time**) وقت مجدد للاستكمال بخطوط زمنية معينة بوضوح.

استكمال هذا المشروع يساعد المساهمين فى تلقى المقرر الدراسى على أن يُدمجوا فى الذات الوسائل والتكنيكات التى تم تعلمها أثناء الجلسات التعليمية، وذلك بأن يطبقوها لتحسين الجودة فى الداخل من العالم الخاص بالمساهم داخل منظمة "مبرص". هذه المقاربة للتحسين تتسق مع المبادئ الرئيسية لعملية التحسين التى تؤدى لتمكين العاملين فى خط المواجهة؛ لأنهم سيعرفون عملهم بأفضل. أحد مواضع القوة المهمة والنقاط المهمة من التعليم من هذه الأنشطة "لتحسين الجودة" "بأكاديمية **ستيب**" هو تركيب فريق المشروع تركيبًا ينتمى إلى فروع معرفية متعددة. يتضمن الفريق نمطيًا ٧ إلى ١٠ أعضاء (وقد يزيد العدد أو ينقص حسب مدى تركب المشروع) لهم أدوار وظيفية مختلفة (منهم مثلاً الأطباء، والممرضات، والقواد الإكلينيكيون، والقواد الإداريون). يتضمن الأعضاء:

- راعيًا تنفيذيًا (يكون نمطيًا مدير القسم أو أعلى مرتبة) لابد وأن يوافق على المشروع، وهو يدعم المشروع إيجابيًا، ويزيل المعوقات، ويزود بالموارد.
- قائدًا للفريق (بمعنى مساهم من "أكاديمية **ستيب**").
- مساعدًا للتسهيل/ مدربًا (يكون مهندسًا لعملية التحسين) يساعد الفريق على الوصول إلى توافق عام حول أحد المواضيع ويوفر الإرشاد فى طرائق ووسائل عملية التحسين أثناء إكمال المشروع وبعدها.
- أعضاء المشروع ويشكلون الهيئة العاملة فى الخط الأمامى التى تنفذ التحسينات (وبالتالى فإنهم يحتاجون إلى أن يكون لهم صوت إيجابى فى إنشاء المشروع وتنفيذه).

حتى يتم دعم التغير الثقافى، يتطلب الأمر أن يحدث بعد الاكتمال متابعات منظمة للمساهمين وللمشاريع. الدعم ضرورى للنجاح ولأن يصبح التحسين مغروسًا فى تصرفات الطلبة.

عينة جدول لدورة المقرر التعليمى السريعة للتحسين

الأفراد الذين لهم أدوار مختلفة فى منظمات الرعاية الصحية تكون لهم احتياجات مختلفة للتدريب على تحسين الجودة، ولهذا فإن "أكاديمية **ستيب**" توفر مقررات تعليمية تتراوح بدءًا بمقرر تعليمى ليوم واحد يغطى المبادئ الأساسية لعملية التحسين (التى تصمم أساسًا لهيئة العاملين فى الخط الأمامى) وتصل إلى مقررات تعليمية رفيعة المستوى تكون إكلينيكية وغير إكلينيكية، وتعلّم ما هو إضافى من وسائل التحسين، وتكنيكاته، ومفاهيمه. المقرر التعليمى الإكلينيكى "لأكاديمية **ستيب**" يتضمن جلسات طويلة لأربعة أيام، ويتم التخرج بعد أن يقدم الطلبة مشاريعهم لتحسين الجودة. فيما يلى عينة جدول لمقرر تعليمى إكلينيكى "لأكاديمية **ستيب**":

الجلسة الأولى

- الالتزام بالجودة.
- فهم المشكلة فى جودة الرعاية الصحية.
- فهم العمليات والنتائج.
- التحول الإكلينيكى عن طريق التكامل مع "نظام بايلور للرعاية الصحية"
- مناهج البحث فى "أكاديمية **ستيب**".
- اختبار المشروع.
- الإفادة بهدف سنمارت.

- ديناميات الفريق.
- وضع خريطة للعملية.
- تحديد القضايا والأسباب الجذرية.
- الختام وأنشطة تعلم المشروع.

الجلسة الثانية

- تحديد الأولويات فى القضايا.
- اختيار المقاييس.
- تحديد الحلول وأولوياتها.
- تصميم عمليات تستخدم مبادئ التخلص من الإهدار **LEAN**.
- الإعداد للتنفيذ.
- تغيير طريقة الإدارة والاتصال أثناء التغيير.
- جمع البيانات.
- وسائل التحليل.
- النظرة التقليدية للتغذية المرتدة للبيانات.
- قصة نجاح – مشروع تحسين الجودة.
- الختام وأنشطة تعلم المشروع.

الجلسة الثالثة

- إمكان الاعتماد على المنظومة فى الرعاية الصحية.
- تحديد أفضل الأدلة.
- العناية بالحالات المزمنة.

- الدور الطبية التى يكون المريض محورها.
- خلاصة الطرائق والوسائل (مباراة المخاطر).
- جعل رعاية المريض آمنة.
- فهم العدالة الصحية وتصميم عمليات التحسين.
- استعراض المشروع.
- الختام وأنشطة تعلم المشروع.

الجلسة الرابعة

- تنامى النزعة الاستهلاكية فى الرعاية الصحية.
- تنوع الأجيال فى الولايات المتحدة.
- وسائل الإعلام الاجتماعية.
- التضمينات المالية للامتياز الإكلينيكى.
- الاستدامة والاستمرار فى التحسين.
- أحداث الدورة السريعة للتحسين.
- مراجعة المشروع.
- الختام وأنشطة تعلم المشروع.

التخرج: يقدم الطالب مشروع الدورة السريعة للتحسين.

تنظيم المقرر التعليمى للتحسين فى خط متسق مع الأهداف التنظيمية

جدول ٨،١ يعطى أمثلة عن طريقة تنظيم مشاريع "أكاديمية **ستيب**" فى خط متسق مع المجالات الأربعة لتركيز اهتمام منظمة "مبرص": الخدمة، والجودة، والأفراد، والماليات.

جدول ١،٨ تنظيم مشروع "أكاديمية ستيب" فى خط متسق مع المجالات الأربعة لتركيز اهتمام "نظام بايلور للرعاية الصحية"

المجال	القضايا / الأهداف / المبادرات
الخدمة	رضاء المريض (مثل مؤشرات "تقييم عملاء المستشفى لموفرى الرعاية الصحية ولنظمها، ونشرة جانى(*)، وبحوث مسح نقط الرعاية بالنسبة لرضاء المريض)؛ الدرجات التى تمنح لخدمة الأقسام – مدى حسن الخدمة في خط خدمة الأقسام لعملائها.
الجودة	المشاريع التى تؤثر فى نتائج الرعاية التى تُمنح للمستخدم الأخير (المريض أو السكان) (مثل المؤشرات التى تشمل اتباع قواعد أهداف الأمن القومى للمريض، ومقاييس الجودة، وقواعد مباراة القفز على الظهر مخفوض الرأس" (نطة الضفدعة) ومعايير منتدى الجودة القومى)؛ أنشطة الخدمة الداخلية؛ الجهود للتخلص من التغاير غير الضرورى فى العمليات التى تؤثر فى النتائج الإكلينيكية.
الأفراد	تعبئة الموارد البشرية (مثل استخدام ممرضات عامات " لم يتخصصن بعد" فى أى مكان بالمستشفى وبرامج شبكة شفاء المهنيين PRN،(**) والتدريب المختلط)؛ التجنيد، والإبقاء، والتدريب، والتنمية، وثقافة العمل البيئى (مثلاً تصميم ماجنت).
الماليات	الإقلال من الأنشطة الإضافية التى فيها تبديد / وليس لها قيمة، الإقلال من متوسط طول الإقامة، زيادة العائد، وزيادة الحجم، تحسين مجموعة اللوائح.

(*) نشرة جانى، نشرة تعطى لمنظمات الرعاية الصحية تبصرات وإرشادات خبرة تجعل هذه المنظمات تتنافس بأفضل فى التحول لاهتمامات المريض. النشرة فيها حلول تعطى لكل مريض الفرصة للاستماع إليه. (المترجم)

(**) برنامج PRN، اختصار Professional Recovery, Network، برنامج لتعجيل شفاء المهنيين الذين يعملون فى الرعاية الصحية من أى مشكلة جسمية أو ذهنية تعوق عملهم، ويتم العلاج فى سرية مع حماية الجمهور من أى ممارسة مهنية غير آمنة. الهدف هو إعطاء هؤلاء المهنيين فرصة الشفاء قبل اتخاذ إجراءات ضد ترخيصهم للعمل. (المترجم)

مشاريع "أكاديمية **ستيب**" تركز اهتمامها على عناصر الرعاية بطريقة "**ستيب**". كل مشروع يجب أن يكون فيه هدف رئيسى واحد على الأقل له علاقة بواحد من هذه المجالات الستة. فيما يلى يُقدم مثال مشروع لكل مجال من الرعاية مع الخلفية اللازمة، وإفادات هدف "سمارت" والنتائج.

بؤرة اهتمام "ستيب": الأمان

عنوان المشروع: تزايد اتباع قواعد النظافة الصحية للأيدى.

الخلفية: غسل الأيدى هو أهم طريقة لمنع انتشار الأمراض المعدية. اتباع قواعد نظافة الأيدى صحيًا فى المنشأة.

موضع الدراسة كان، بنسبة ٨٤ فى المائة عبر فترة من سبعة شهور. يؤدى نقص اتباع القواعد هكذا إلى حدوث حالات عدوى بين المرضى الداخليين بالمستشفى كان يمكن توقيها.

الإفادات بالهدف: بحلول ٣١ مايو ٢٠٠٨، ستحسن المنشأة من معدل اتباع القواعد الصحية لنظافة اليد لترتفع من ٧٣ فى المائة إلى ٩٠ فى المائة عن طريق تنفيذ برنامج قوى للتعلم والوعى، وتوفير موزعات صابون سائل ومراكز لنظافة الأيدى صحيًا فى المواقع الملائمة وتوفير أفراد عاملين معهم فوط تنظيف للأيدى توضع فى الجيب.

النتائج: برنامج "أنت قد أثرت قلقى" تأسس لتنظيم أفراد هيئة للعاملين مسئولة عن ممارسات النظافة الصحية للأيدى على النحو الملائم. هذا البرنامج مع ملاءمة أماكن وضع موزعات الصابون السائل ومراكز نظافة الأيدى صحيًا أدى إلى زيادة معدلات اتباع قواعد نظافة الأيدى صحيًا إلى ٩٢ فى المائة عبر فترة من ثمانية شهور، وساعد هذا على منع حالات

العدوى فى المرضى الداخليين بالمستشفى. برنامج "أنت قد أثرت قلقى" تم اتخاذه فى منشأة أخرى مصحوبًا بحملة ملصقات للتعامل بصريًا، كتب عليها "احصل على الصابون السائل". زاد معدل اتباع قواعد نظافة اليد صحيًا فى هذه المنشأة الثانية من ٧٠ فى المائة إلى ٩٨ فى المائة. منظمة "مبرص" بالإضافة إلى اتخاذ هذه المعايير، قد زادت من معدل اتباع قواعد نظافة اليد صحيًا فى مستشفياتها ليرتفع من ٨٥ فى المائة فى يوليو ٢٠٠٨ إلى ٩٧ فى المائة فى يوليو ٢٠١١.

بؤرة اهتمام "ستيب": الوقت المناسب

عنوان المشروع: اضغط الزمن حتى النهاية: تحسين فترة الزمن بين الإذن بالدخول وبين الفحص فى قسم حالات الطوارئ.

الخلفية: فى إبريل ٢٠٠٧ كانت فترة زمن وصول المريض لأن يفحص فى قسم الطوارئ هى ٦٣ دقيقة. المنشأة موضع الدراسة نفذت منهجًا بحيث يكون الزمن من دخول المريض من الباب حتى فحصه هو ٤٨ دقيقة. تلا ذلك أن مجلس قسم الطوارئ قد اتبع هذا الإجراء هو وإجراءات أخرى لتحسين الوقت المناسب لتقديم الرعاية فى قسم الطوارئ.

الإفادة بالهدف: سيحدث عبر الأسابيع العشرة التالية أن هيئة العاملين سوف تخفض الزمن بين دخول المريض من الباب وفحصه فى قسم الطوارئ بنسبة ٢٠ فى المائة بتنفيذ إستراتيجيات الفرز للسرير مباشرة، والتعجيل بالتسجيل بجوار السرير، والتبليغ الفورى للأطباء عندما يوضع المرضى فى غرفة العلاج.

النتائج: تم التفوق على هدف ٤٨ دقيقة بالوصول إلى ٣٦ دقيقة، حيث كان هذا هو أقل متوسط شهرى من إبريل ٢٠٠٧ إلى مارس ٢٠٠٨. بين مارس

٢٠١٠ وأغسطس ٢٠١١ كان لدى قسم الطوارئ شهر واحد فقط (فبراير ٢٠١١) زاد فيه متوسط الزمن من دخول الباب حتى الفحص عن ٣٠ دقيقة.

بؤرة اهتمام "ستيب": الفعالية

عنوان المشروع: تحسين التوافق فى العلاج.

الخلفية: التوافق فى العلاج شرط تتطلبه لجنة مشتركة بهدف أمان المريض قوميًا. فى السنة المالية ٢٠١٠، نالت المنشأة موضع دراسة التوافق العلاجى درجة من ٦٩ فى المائة فى حزمة من كل الدرجات أو لا شىء من الدرجات.

الإفادة بالهدف: سوف تزيد المنشأة من الدرجات التى تنالها عن توافق العلاج بحزمة كل الدرجات أو لا شىء منها، لتزيد من معدل ٦٩ فى المائة إلى ٨٦ فى المائة بحلول ٣١ يناير ٢٠١١.

النتائج: أجريت عملية تدقيق يومى للحسابات على نطاق المستشفى لكل استمارات المعايرة لتوافق العلاج عند خروج المرضى من المستشفى أو نقلهم، وكذلك لمواد التدريب المعايرة، وعن طريق تنفيذ ذلك زادت المنشأة من معدل درجاتها عن توافق العلاج بمعدل حزمة كل الدرجات أو لا درجات ليزيد هذا المعدل من ٦٩،٤ فى المائة إلى ٩٠ فى المائة. بالنسبة للعام التالى ٢٠١١، كان هذا أعلى تحسن عبر كل منظمة "مبرص".

بؤرة اهتمام "ستيب": الكفاءة

عنوان المشروع: "دعنى ألتقط أنفاسى".

الخلفية: المرضى فى هذه المنشأة يتلقون أدوية علاجية مزدوجة (يونب®، وسبيريفا®) تعالج الأمراض الرئوية الانسدادية والربو. هذه الممارسة

أدت إلى نتائج أقل من المثلى عند المرضى، وزادت مـن تكلفـة أدويـة الصيدلية وعلاج مرضى العيادة الخارجية، وضيعت جهد هيئة المعـالجين للأمراض التنفسية.

الإفادة بالهدف: بحلول ١٧ نوفمبر ٢٠١٠ سيكون أطباء المنشأة وصيدليوها ومعـالجو الأمراض التنفسية فيها قد خفضوا من معدل حالات المرضى الـذين يتلقـون العلاج المزدوج بدواء سبيريفا و ديونب ليقل ذلك من نسبة مائة فـي المائـة إلى خمسين فى المائة فى المستشفى كلها، وذلك عن طريق اسـتخدام تعلـيم الأطباء، وتبادل التغيير العلاجى ذاتيًا، ومتابعة علاج المريض.

النتائج: باستخدام التكامل لأحسن الممارسات، والجهود التعاونية، والتعلم المعـايرة، وصلت المنشأة إلى تخفيض معدل المرضـى الـذين يتلقـون العلاجـات المزدوجة بدواء سبيريفا وديونب بمقدار ٥٥ فى المائة بما يفوق هـدفهم. وفر فريق المشروع ٤و١٩٧٠٨ من الدولارات عن طريق التخلص مـن الإهدار بتكرر العمل.

بؤرة اهتمام "ستيب": العدالة

عنوان المشروع: جمع كل المعلومات عن عنصر المريض، وعرقـه، وتـصميم لغته الأساسية.

الخلفية: تحديد المجموعات العنصرية ومجموعات الأقلية لكل زيارات المرضـى يساعد على التعرف على الثغرات فى معدلات الخـدمات الوقائيـة التـى يتلقاها أفراد المجموعات المحرومة من المزايـا. حـددت المنـشأة هـذه المعلومات بأنها ٣٩ فى المائة من الزمن لكل المرضى.

الإفادة بالهدف: بحلول ٨ يونيو ٢٠١١ سوف تزيد المنشأة النسبة المئوية للسجلات الصحية الإلكترونية بشأن ما خصص للمريض من عنصر وعرق ولغـة أساسية لتزيد من ٣٩ إلى ٥٠ فى المائة لكل زيارات المريض.

النتـــائج: مع توفير استمارات معايرة يسهل الحصول عليها زادت المنشأة النسبة المحددة للمرضى من ٣٩ إلى ٥٥ فى المائة (حتى سبتمبر ٢٠١١). يستمر فريق المشروع فى تحسين العملية للوصول إلى العلامة المميزة "كايزر برمانئت" عند ٨٦ فى المائة. هذه التحسينات المستمرة ستساعد على تحديد مناطق إضافية للتحسين للتأكد من أننا نوفر نفس جودة الرعاية لكل المرضى.

بؤرة اهتمام "ستيب": المريض هو مركز الاهتمام

عنوان المشروع: الرعاية التى تكون العائلة مركزها فى وحدة الرعاية المركزة للمواليد الجدد: التوصل المفتوح للنفاذ للدخول، والتسجيل بجوار السرير.

الخلفيـــة: هناك العديد من الشكاوى من العائلات (كنتيجة لأنه يُطلب منها مغادرة وحدة الرعاية المركزة للمواليد الجدد لأسباب شتى. يؤثر هذا مباشرة فى الدرجات التى تعطيها "نشرة جانى" عن رضا المريض عما إذا كانت "وحدة الرعاية المركزة للمواليد الجدد تسلك سلوكًا وديًا مع العائلة"، ويصل هذا حاليًا إلى ٨٢،٥ فى المائة (أقل من مجموعة المئين العاشرة).

الإفادة بالهدف: أن "منشأة الرعاية المركزة للمواليد الجدد" سوف تصل إلى زيادة متوسط درجات المسح عن سلوكها الودى مع العائلة حسب "نشرة جانى" ليصل من ٨٢,٥ فى المائة إلى ١و٩١ بالمائة بحلول ٣٠ يونيو ٢٠١١، وذلك بواسطة تنفيذ سياسات تُسهل معدل نفاذ الوالدين للدخول على مدى أربع وعشرين ساعة والتقرير عن تغير النوبات فى جانب السرير مع تضمين العائلة فى ذلك.

النتائج: باستخدام إنشاء برنامج مغاير للتدريب، وعرض ملصقات فيها معلومات بالتعامل بصريًا، وإجراء دورات أسبوعية مع العائلات للحصول على رأى المستهلك، باستخدام هذا كله زادت المنشأة من الدرجات التى تحصل

عليها عن "السلوك الودى مع العائلات فى وحدة الرعاية المركزة للمواليد الجدد " لتزيد من ٨٣ فى المائة إلى ١٠٠ فى المائة. كنتيجة لهذا المشروع، فازت المنشأة بمنحة من "مؤسسة الأيدى المساعدة لوحدة الرعاية المركزة للمواليد الجدد" مقدارها ٣٠٠٠٠٠ دولار لتمويل "مشروع وحدة الرعاية المركزة للمواليد الجدد ". اتخذت منظمة "مبرص" هذه التدخلات فى المشروع عبر كل المنظمة باعتبارها أفضل ممارسة، وتمت المشاركة بها فى "المنتدى القومى لقيادة وحدة الرعاية المركزة للمواليد الجدد" فى لاس فيجاس.

قمة تحسين الجودة لإقرار المبادرات الناجحة ونشرها

حتى يتم الإقرار والاحتفال بنجاح مشاريع تحسين الجودة، فإن الكثير من هذه المشروعات أو ما يتلوها من استمرار جهودها، قد عُرضت وتم إقرارها كجزء من القمة السنوية لتحسين الجودة التى تقوم بها منظمة "مبرص" فى بيل أستون. فى هذا الحدث تتلقى فرق تحسين الجودة جوائز أولى وثانية وثالثة (تتضمن دفع نقود) عن المبادرات البارزة لكل من المجالات الأربعة لتركيز اهتمام المنظمة (الأفراد، والخدمة، والجودة، والماليات)، وتقدم فرق الجائزة الأولى مشاريعها إلى جمهور حضور من قواد المستشفيات والنظام.

الدروس المستفادة

بيئة الرعاية الصحية التى تتطور سريعًا تتطلب إستراتيجيات للتغير الثقافى داخل منظمات توصيل الرعاية الصحية. لا تستطيع أى منظمة أن تقرر ببساطة أنها تتأسس على الجودة؛ يجب عليها أيضًا أن تمارس تحولاً ثقافيًا لتحتضن عملية تحسين مستمرة. المقررات التعليمية "لأكاديمية **ستيب**" تعلم نظرية وطرائق إدارة

التغير، مصحوبة بوسائل الدورة السريعة لتحسين جودة الرعاية الصحية لتعزيز التغير الثقافى.

تجرى "أكاديمية **ستيب**" أبحاث مسح للمشاركين فى دراستها ليتعلموا كيف أن المقرر التعليمى قد غيّر من عمليات تفكيرهم، وتستخدم الأكاديمية نتائج أبحاث المسح لتواصل تنقيح المقررات التعليمية من حيث المحتوى وطريقة التقديم. أحد أمثلة التنقيح التى يتم النظر حاليًا فى أمرها هو أن يقدم للمشاركين مقرر تعليمى لإنعاش الذاكرة لتعزيز المفاهيم التى تمت دراستها والمساعدة على تحديد طرائق جديدة لتطبيق وسائل تحسين الجودة.

تم تطوير مقررات تعليمية لتشمل حضور أنواع شتى من أصحاب الأدوار الوظيفية. معظم المشاركين فى أول الأمر فى برنامج "أ ب ت بايلور" كانوا من الأطباء؛ حاليًا تستهدف المقررات التعليمية "لأكاديمية **ستيب**" الممرضات، والقواد الإكلينيكيين، والقواد الإداريين، وكذلك أيضًا الأطباء. منظور آراء أعضاء الفريق المنتمين لفروع معرفية متعددة وكذلك إسهامات الفريق تشكل كلها جزءًا متكاملا من نجاح المقررات التعليمية. عندما يُجلب معًا أفراد لهم خلفيات إكلينيكية وآخرون بخلفيات غير إكلينيكية، يكون هذا مفيدًا؛ لأن تعريف الجودة يعتمد على منظور كل واحد. الإكلينيكيون ربما يركزون اهتمامهم كل التركيز على المؤشرات الإكلينيكية والنتائج لدى المرضى، فى حين أن الجودة بالنسبة للمرضى قد تعنى وجبة ساخنة يوميًا، وبالنسبة للقواد الماليين فإنها قد تعنى الكفاءة. الجودة تشمل هذه الأشياء كلها وما هو أكثر.

الاستنتاج

هناك حاجة لتحسين الجودة للربط بين رؤية الرعاية بطريقة " **ستيب** " وبين التنفيذ العملى والتطبيق. نجحت منظمة "مبرص" فى صوغ هذه الرابطة، وظلت دوراتها السريعة فى مقررات تدريبها على تحسين الجودة تعد جزءًا متكاملاً من

هذه العملية. تلتزم منظمة "مبرص" بالتأكيد على أن أطباءها، وممرضاتها، وقـواد الرعاية الصحية فيها لديهم المعرفة والوسائل اللازمة لتوصـل الرعايـة بطريقـة "**ستيب**"، وهى الآن من خلال "أكاديمية **ستيب**" توفر الفرصة للمنظمـات الأخـرى للرعاية الصحية التى تسعى لتجسير "ثغرة الجودة" فى الرعاية الصحية حتى تستفيد هذه المنظمات من خبرة منظمة "مبرص" فى هذا المجال.

المراجــع

1. Intermountain Healthcare. 20-day course for executives & QI leaders—Advanced Training Program (ATP). Online at: http://intermountainhealthcare.org/qualityandresearch/institute/courses/atp/Pages/home.aspx (accessed March 21, 2013).
2. Ballard, D. J., B. Spreadbury, and R. S. Hopkins, 3rd. 2004. Health care quality improvement across the Baylor Health Care System: The first century. *Proceedings (Baylor University Medical Center)* 17 (3): 277–288.
3. Reinertsen, J. L., M. Bisognano, and M. D. Pugh. 2008. *Seven leadership leverage points for organization-level improvement in health care*, 2nd ed. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement.
4. Haydar, Z., M. Cox, P. Stafford, V. Rodriguez, and D. J. Ballard, 2009. Accelerating best care at Baylor Dallas. *Proceedings (Baylor University Medical Center)* 22 (4): 311–315.
5. Haydar, Z., J. Gunderson, D. J. Ballard, A. Skoufalos, B. Berman, and D. B. Nash, 2008. Accelerating best care in Pennsylvania: Adapting a large academic system's quality improvement process to rural community hospitals. *American Journal of Medical Quality* 23 (4): 252–258.
6. Filardo, G., D. Nicewander, J. Herrin, J. Edwards, P. Galimbertti, M. Tietze, S. McBride, et al. 2009. A hospital-randomized controlled trial of a formal quality improvement educational program in rural and small community Texas hospitals: One year results. *International Journal for Quality in Health Care* 21 (4): 225–232.
7. Filardo, G., D. Nicewander, J. Herrin, P. Galimbertti, M. Tietze, S. McBride, J. Gunderson, et al. 2008. Challenges in conducting a hospital-randomized trial of an educational quality improvement intervention in rural and small community hospitals. *American Journal of Medical Quality* 23 (6): 440–447.

الفصل التاسع

تطبيقات وسائل التخلص من الإهدار (Lean)

فى تحسين الرعاية بطريقة "ستيب"

ج. بول ديكرت ومرجريت هنرى

مقــدمة

"منظمة هوايت وسكوت للرعاية الصحية" منظمة رعاية صحية تعاونيــة لا تهدف للربح، تأسست فى ١٨٩٧ فى تمبل بولاية تكساس، وهى حاليًا إحدى أكبــر المنظمات القومية المتكاملة للرعاية الصحية. رسالة منظمة سكوت وهوايت هى أن توفر رعاية صحية بأقصى درجة من الشخصانية، ومن الشمول، ورفعة المستوى، ويعززها التعليم والأبحاث الطبية. توفر المنظمة الرعايــة لــسكان تكــساس فــى المنطقة المركزية من الولاية فى منطقة خدمة مــساحتها ٢٩٠٠٠ مــن الأميــال المربعة، وتمتلك المنظمة، أو تشارك، أو تدير ١٢ موقعًا للمستشفيات وأكثــر مــن ٦٥ موضعًا للرعاية الأولية وعيادات التخصص فى ٤٦ من التخصصات الطبيــة. المنظمة لديها أكثر من ١٤٠٠٠ من الموظفين، و١٠٠٠ من الأطباء والعلماء، وهى المنشأة الإكلينيكية التعليمية الأساسية لأكثر من ٤٠٠ من الأطباء المقيمين والزملاء ممن يتدربون فى المركز الأكاديمى الطبى لعلم الصحة بكليــة طــب تكــساس[١]. أعلنت منظمة بايلور للرعاية الصحية "مبرص" اندماجها مع هوايت وسكوت لخلق أكبر منظمة للرعاية الصحية فى ولاية تكساس لا تهدف للــربح، يبلــغ إجمــالى أصولها ما يقرب من ٢و٨ بليون من الدولارات.[١]

منذ ٢٠٠٧، نشرت منظمة سكوت وهوايت خطة التفكير بأسلوب الــتخلص من الإهدار (LEAN) فى جميع المشاريع والتدريب عبر كــل المنظمــة. يــسعى

التفكير بهذا الأسلوب إلى تغيير بؤرة اهتمام الإدارة للوصول للوضع الأمثل في التكنولوجيات المنفصلة، والأصول والأقسام الرأسية المنفصلة، ليتحول اهتمام الإدارة إلى الوصول للوضع الأمثل فى تدفق المنتجات والخدمات من خلال كل روافد القيم بأكملها التى تتدفق أفقيًا إلى العملاء عبر التكنولوجيات، والأصول، والأقسام.(٢) يصف هذا الفصل التاريخ، والتفاصيل، والنتائج لتطبيق منظمة سكوت وهوايت لأسلوب فكرة التخلص من الإهدار طوال السنوات الست الماضية ويلقى الضوء على إمكانات التفكير بأسلوب التخلص من الإهدار لتحسين الجودة عن طريق منظمات توصيل الرعاية الصحية.

تاريخ التفكير بأسلوب التخلص من الإهدار فى منظمة سكوت وهوايت

بدأت مساهمة منظمة سكوت وهوايت فى أسلوب التفكير بالتخلص من الإهدار فى سنة ٢٠٠٧. يعرض جدول ٩،١ الخط الزمنى الذى يصف تاريخ المنظمة فيما يتعلق بأسلوب التخلص من الإهدار.

جدول ٩،١ علامات الطريق فى مساهمة منظمة سكوت وهوايت بأسلوب التخلص من الإهدار

التاريخ	علامة الطريق
ديسمبر ٢٠٠٧	* الموظف التنفيذى الرئيسى فى منظمة سكوت وهوايت للرعاية الصحية ونائب الرئيس التنفيذى للجودة والأمان يحضران مقرر التدريب على الرعاية الصحية بالتخلص من الإهدار فى جامعة ميتشيجان من خلال كلية الهندسة.
ديسمبر ٢٠٠٧ – إبريل ٢٠٠٨	* القواد المهمون الآخرون يحضرون مقرر التدريب على الرعاية الصحية بالتخلص من الإهدار فى جامعة ميتشيجان من خلال كلية الهندسة. * اتخاذ القرار بالتحرك قدمًا باحتضان منهج التخلص من الإهدار من أجل تحسين المعالجة وتغيير الثقافة.

أواخر ٢٠٠٨	* منظمة سكوت وهوايت تشارك مع "معهد ألتاروم" لتوفير الخدمات الاستشارية بشأن التخلص من الإهدار.
٢٠٠٩	* إنشاء ميثاق لبرنامج سكوت وهوايت لاستمرار التعلم والتحسين. * اختيار قائد تنفيذى لمجهودات التحسين على نطاق المنظمة، وتشكيل لجنة التوجيه.
٢٠٠٩ -٢٠١٠	* نشر التدريبات والمشروعات للتخلص من الإهدار عبر كل "منظمة سكوت وهوايت للرعاية الصحية".
٢٠١٢	* استخدام تنظيم الصفوف ونشر الخطة إستراتيجيًا (هوشن كانرى) من أجل وصول الأهداف الإستراتيجية ونشر الخطة فى تسلسل ينحدر إلى كل الموظفين الذين يبلغ عددهم ١٤٠٠٠؛ الموارد البشرية تتخذ دورًا رئيسيًا وتندمج مع نظم التقييم ونظم الدفع. * إنشاء مجموعة لإستراتيجيات الرعاية الصحية بالتخلص من الإهدار. * توظيف مدربين ليعلموا قواد سكوت وهوايت طريقة القيادة فى منظمة تعمل بالتخلص من الإهدار.
٢٠١٢-٢٠١٣	* انطلاق التدريب على إدارة نظام التخلص من الإهدار لقادة سكوت وهوايت، إنشاء نشرة "النتائج اليومية" للتخلص من الإهدار، يساهم فيها كل الأفراد والعاملين تقريبًا.

تصميم برامج التفكير بالتخلص من الإهدار

بمنظمة سكوت وهوايت للرعاية الصحية

برامج التخلص من الإهدار فى منظمة سكوت وهوايت تم تصميمها منذ البداية للإيفاء باحتياجات جمهور معين من الحاضرين فيها. تقدم المنظمة مقررات تعليمية عديدة، تتضمن:

- برنامجًا متعمقًا من أربعة أيام للاستمرار فى التعلم والتحسين.

- مقررات تعليمية جامعية لسكوت وهوايت تتكون من ســاعتين ومــصممة لتمكين الأفراد العاملين من حضور وحدات للتدريب.
- مقرر تعليم طبى مستمر للأطباء.
- مقرر تعلم مستمر للتمريض.
- تدريبًا للقادة على إدارة نظم التخلص من الإهدار.

عينة جدول لبرنامج استمرار التعلم والتحسين

اليوم الأول: محاكاة.

- فلسفة التخلص من الإهدار، وطرائق الإهدار الثمان.
- قيمة جيمبا **Gemba**.
- رؤية مكان العمل.
- تمهيد لحشد التعليمات.

اليوم الثانى: محاكاة.

- تمهيد لوسائل التأسيس.
- مفهوم "أندون،[*] **(Andon Cocept)**.
- نظرة أعمق للعمل المعيارى.
- التدريب على حروف **S** الخمسة:

---

[*] مفهوم أندون : مصطلح يابانى عن الإنتاج ، فيه نظام للتبليغ عن وجود مشكلة ومكانها ، يــتم التبليغ عنها بإشارات ضوئية أو صوتية. الكلمة باليابانية تعنى مصباحًا ورقيًا . (المترجم)

"الجرف" Sweeping، "التقويم" Straightening، "الفرز" Sorting
"الاستدامة" Sustaining، "المعايرة" Standardizing.

اليوم الثالث: تصميم خريطة لانسياب تيار القيمة

- الأجزاء الثلاثة لتيار القيمة.
- فهم التأثيرات غير المطلوبة.
- العمل كفريق على المشاكل الواقعية.
- إعطاء تقرير.

اليوم الرابع: ورق أ ٣، (A3) والقيادة

- فهم السبب الجذرى.
- الرسم البيانى لهيكل السمكة(*)، ٥ أسئلة عن لماذا، والسبب والنتيجة.
- قيمة القياسات.
- العمل كفريق على المشاكل الواقعية (يمكن استخدام مشكلة من خريطة تدفق التيار).
- إعطاء تقرير.
- فهم دورك فى ثقافة التخلص من الإهدار.

التدريب على إدارة نظام التخلص من الإهدار

يتركز التدريب على إدارة نظام التخلص من الإهدار فى ثلاثة أنشطة رئيسية لتمكين القادة من تحسين الجودة والتخلص من العادم خلال المنظومة كلها:

(*) الرسم البيانى لهيكل السمكة (Fishbone) : طريقة لعمل رسم بيانى تحليلى ، يبين السبب الممكن لإحدى النتائج أو المشاكل ويعلّم فرز الأفكار فى فئات مفيدة. (المترجم)

* **العمل القياسى للقائد**

- يوفر البنية والروتين للواجبات والوثائق، وذلك عندما يكون القائد فى الجمبا (الكلمة اليابانية "للمكان الواقعى") ومتاحًا لشئون التحسين المستمر.
- يمكن القادة من أن يتحولوا من الاهتمام بالنتائج وحدها ليركزوا الاهتمام على المعالجة " و" النتائج.

* **التحكمات بالرؤية**

- العروض البصرية تجعل من السهل على العاملين تقييم ما هو متوقع بالمقارنة إزاء الأداء الفعلى، حسب القياسات المنتظمة فى خط متسق والتى تهم الفريق.
- التمكن من تسجيل البيانات يوميًا وأن تكون مرئية ويسهل التوصل إليها.
- تتيح للقادة تحديد المناطق التى يكون الأداء فيها أقل من المتوقع وأن يحركوا الفريق سريعًا نحو إجراء تصرف.

* **المسئولية اليومية (الحشد للتعليمات)**

- تتيح للقادة اللقاء يوميًا مع فرقهم وتسهل تحسين الأداء.
- تساعد القادة فى وضع الأولويات للجهود والتحكم فى سرعة هذه الجهود.
- تسهل مساهمة الأفراد العاملين.

عينة جدول لإدارة نظام التخلص من الإهدار

اليوم الأول: الإشراف على التخلص من الإهدار وإعطاء تمهيد عن مبادئ التخلص من الإهدار.

- يُخصص لملاحظات فرق المحاكاة التى تعمل على تحسين العمل اليومى.
- يتعلم القادة بناء إدارة نظم التخلص من الإهدار بالمحاكاة وترجمة هذه الأفكار بسرعة إلى بيئاتهم الخاصة.

اليوم الثانى: تقديم العمل العيارى للقادة وترتيب الحشود لتعليمات التخلص من الإهدار.

- يُخصص لملاحظات فرق المحاكاة التى تعمل لتحسين العمل اليومى.
- القادة يتعلمون رؤية غياب ووجود إدارة نظام التخلص من الإهدار فى المحاكاة، وكذلك فى بيئتهم الخاصة.

اليوم الثالث: جيمبا لتويوتا ومنشأة للرعاية الصحية لرؤية نتائج إدارة نظام التخلص من الإهدار.

- ما الذى تراه بعينك؛ وماذا لا يوجد؟ غياب ووجود إدارة نظام التخلص من الإهدار.

اليوم الرابع: تطبيق ما تعلمته على مكان العمل

- ممارسة ونمذجة أوجه السلوك الجديدة

حتى الآن نفّذ التدريب على برنامج استمرار التعلم والتحسين عدد من موظفى سكوت وهوايت يبلغ ٥٨٠٠، بما فى ذلك برنامج التعمق لأربعة أيام وبرنامج اليومين للتدريب على استمرار التعلم الطبى / تعلم التمريض، وكذلك وحدات تكوين جامعة سكوت وهوايت. هناك ٣٩٢ من القواد قد شاركوا فى تلقى تدريب التخلص من الإهدار. ينفذ كل عام ما يزيد عن مائة مشروع رئيسى لبرنامج استمرار التعلم والتحسين. تقيم سكوت وهوايت سنويًا معرضًا واحتفالات

ببرنامج استمرار التعلم والتحسين، وفيها يستطيع الموظفون عرض حالات لمشروعاتهم للتخلص من الإهدار. تجرى مسابقة بتحكيم من بوب بروير الموظف التنفيذى الرئيسى الذى يمنح "جائزة الرئاسة" للفريق الذى يثبت عمليا أحسن الإثبات "التكامل البارز لفلسفة التخلص من الإهدار فى الرعاية الصحية، وذلك عن طريق الاستخدام الفعال لوسائل برنامج استمرار التعلم والتحسين التى ينتج عنها نتائج فائقة "الامتياز".

اللجنة التوجيهية لبرنامج استمرار التعلم والتحسين

اللجنة التوجيهية لاستمرار التعلم والتحسين توفر إشرافًا مركزيًا يسهل التعلم عن طريق الفعل وتتبنى ثقافة يعمل فيها كل موظف فى حل المشاكل. تجتمع اللجنة على الأقل مرة كل ربع للسنة، وهى المفتاح للإقرار، والتشجيع، والاحتفال بنجاح فرق برنامج استمرار التعلم والتحسين. وهى تلتزم بالتالى:

- تخفيض العادم المهدر فى نطاق المنظمة؛
- تحديد الوفورات والكفاءات والتفويض بالجهود للحصول على هذه المكاسب؛
- تشجيع الموظفين فى كل المستويات على القيام بحل المشاكل.

أهداف اللجنة تتضمن:

- خلق ثقافة مسئولة على نطاق المنظومة كلها، تتخصص فى تحسين العمليات اليومية.
- مراجعة المشاريع، وترتيب أولوياتها، والموافقة عليها باعتبارها مشاريع ملائمة تتطلب دعمًا من المكتب المركزى.
- توصيل الأولويات، والمكاسب، والتوقعات عبر كل المنظومة.

- توفير التناسق بين المشروعات ورؤية الجهود بوضوح فى نطاق المنظمة.
- توجيه السياسات التنظيمية لدعم العمليات اليومية لتحسين العمل.
- التخلص من العقبات البيروقراطية حتى يمكن أن يحدث التحسين.

مشروعات برنامج استمرار التعلم والتحسين

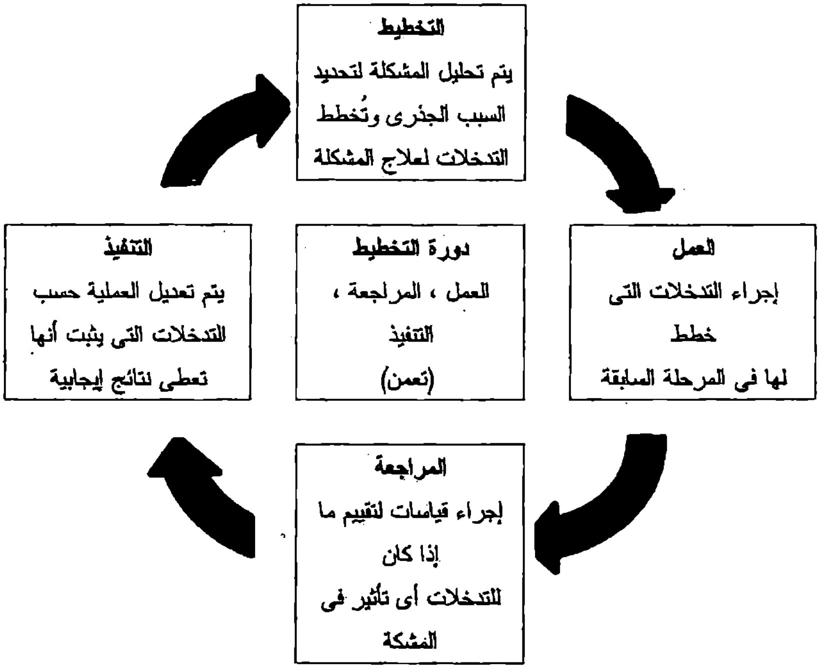
بدأت منظمة هوايت وسكوت رحلتها للتخلص من الإهدار بمشروعين رئيسيين للتدخل يتأسسان على عمل الفريق: مشاريع تدفع بقيمة كبيرة ومشاريع من نوع (أ) ٣ "A3" (سميت هكذا لأنها تستخدم صفحة ورق واحدة من حجم أ (٣) لتضم المعرفة والتقدم فى أى جهد يُبذل لحل إحدى المشاكل). تستخدم منظمة سكوت وهوايت وسائل خاصة فى نطاق هذه التدخلات حسب الحاجة إليها (مثل الإدارة بالرؤية، وطريقة حروف S الخمسة:

"الانجراف" Sweeping، "التقويم" Straightening، "الفرز" Sorting

"الاستدامة" Sustaining، "المعايرة" Standardizing.

وغير ذلك من التكنيكات). تعتقد منظمة سكوت وهوايت أن "التعليم بالأداء" وهو أحسن طريقة لمساهمة الموظفين. دورة التخطيط، العمل، المراجعة، التنفيذ "تعمن" (شكل ١،٩) التى يتم تعليمها فى التدريب، ويتم دعمها فى أعمال المشروع، تُعد أمرًا حاسمًا فى نجاح برنامج "استمرار التعلم والتحسين".

الكثير من مشروعات برنامج استمرار التعلم والتحسين تركز على تصميم مبانٍ أو ساحات جديدة. سكوت وهوايت قد استخدمت أيضًا مشروعات استمرار التعلم والتحسين التى توضع للتخلص من الإهدار، واستعملتها لتفعيل المساحة وتحسين انسياب تيار العمل. نتج عن هذا تجنب تكاليف لها قدرها وتوفير فى الميزانية: يعرض جدول ٢،٩ مثلاً لمشروع لاستمرار التعلم والتحسين.



(شكل ٩، ١)

دورة التخطيط، العمل، المراجعة، التنفيذ (تعمن) وهى دورة لتحسين الجودة

(جدول ٩، ٢)

مثل لمشروع برنامج لاستمرار التعلم والتحسين

تخطيط ماريل فولز للتخلص من الإهدار

قبل	ماذا فعلنا
* التخطيط الحالى والأصلى لطبعة التصميم الزرقاء ليس فيه كفاءة سواء بالنسبة للمرضى أو هيئة العاملين.	* إنجاز أشكال توضيحية لتدفق المرضى وهيئة العاملين على طبعات التصميم الزرقاء الأصلية.
* بعض العيادات فيها مساحة أكبر مما يلزم.	* تحديد أماكن الاختناق(عنق الزجاجة). * تحديد الموضع النسبى لكل عيادة.

* بعض العيادات تنقصها المساحات الكافية لمهامها اليومية.
* وجود أماكن اختناق فى مناطق عديدة.

الأهداف

* تحسين التدفق بالنسبة للمرضى وهيئة العاملين.
* تحديد الكمية الفعلية ونوع المساحة اللازمة لكل عيادة.
* إقلال أماكن الاختناق لأدنى حد.

تحديد مقدار المساحة اللازمة لكل عيادة.
* تحديد نوع المساحة اللازمة لكل عيادة.

* خلق خلايا للعمل.
* محطات عمل موضعها فى المركز.
* نقل مكاتب الأطباء لتكون أقرب للمرضى.
* نقل الأحجام الأسرع/الأكبر إلى موضع أمام القيادة.
* المشاركة فى غرف الإجراءات وخزانات الإمداد.

النتائج

* الإقلال من مسافة المشى

(المتوسط الإجمالى) = ١و١٩%
* بالنسبة للمرضى: الإقلال بنسبة١٥%.
* بالنسبة لهيئة التمريض الإقلال بنسبة ٩%.
* بالنسبة للموردين الإقلال بنسبة ٤٠و٨%
* الإقلال من مسافة الانتقال الخطى بالقدم= زمن أقل للمشى = زمن أكبر لتوفير رعاية المريض.
* إضافة ١٤٧٧ من الأقدام المربعة سجلت من أجل ردها كهيكل بهدف أن تستفيد منه ثانية عيادة للحساسية وعيادة للسمعيات.
* العائد الإضافى المتوقع (على أساس عائد عيادة "راوند روك") = ٤٠٠٠٠٠ دولار سنويًا.

الفريق

* الموظف التنفيذى الرئيسى، للانو.
* الموظف المالى الرئيسى، للانو.
* الموظف الطبى الرئيسى، للانو.
* موظفة التمريض الرئيسية، للانو.
* مديرة الممرضات.
* مدير العيادة، اللانو.
* مدير قسم الطوارئ.
* ممرضة الأطفال
* إدارة التمريض لغرفة العمليات/الولادات دكتوراه، أمراض الأطفال، ماربل فولس.

الرياضيات	
المساحة التى أعطيت للهيكل	٢٧٢٠ قدمًا مربعًا
التكلفة التقريبية لكل قدم مربع	٨٥ دولارًا
الوفورات الكلية للتكلفة	**٢٣١٢٠٠ دولار**

نتائج برنامج الاستمرار فى التعلم والتحسين

ابتداء من ٢٠٠٩ حتى خلال ٢٠١٢ سلكت سكوت وهوايت مسارًا وصل إلى نتائج التحسين التالية المحسوبة سنويًا من مشروعات استمرار التعلم والتحسين.

- تجنب تكلفة من ٢٤٥٥٥٦١ من الدولارات.
- تخفيض تكلفة من ٢٠٠٠٠٠ من الدولارات.
- زيادة للتجميع من ٢٥٣٣،٤٨٠ من الدولارات.
- تعزيز العائد بزيادة من ٨٦٤٧٣٤٠ من الدولارات.
- زيادة العمل بزيادة للمرضى وصلت إلى ٧٠٩٠٢٠ مريضًا.
- زيادة الإنتاجية بمقدار ٩٤٤٥٨٠ من الدقائق عند جميع الموظفين العاملين لكل الوقت.
- الإقلال من الزمن بين المرحلة الأولية ومرحلة ظهور النتائج بمقدار ١٥٣٣٤٥ من الدقائق.
- الإقلال من زمن العمليات بمقدار ٥٠٤٢١٢ من الدقائق.
- الإقلال من مسافة مشى هيئة العاملين بمقدار ١١٧٢٦٠ من الأقدام.
- الإقلال من زمن انتظار المرضى بمقدار ٨٣٥١٠ دقيقة.
- الإقلال من زمن انتظار هيئة العاملين بمقدار ٧٨٨٠٨٠ دقيقة.

الدروس المستفادة

نجاح خطة التخلص من الإهدار يعتمد على متغايرات كثيرة، بما فى ذلك ثقافة المنظمة أو حجمها، وأين تقع من حيث رحلة جودتها. أحد أهم دوافع النجاح

هو دعم القيادة للتفكير بأسلوب ومصطلحات التخلص من الإهدار وحسن تفهمها. التزام القادة وفهمهم ينحدر فى تسلسل إلى الموظفين خلال كل المنظمة.

تعلمت منظمة سكوت وهوايت أن الصبر لازم لرؤية التغيرات على المدى الطويل التى يأتى بها التفكير بطريقة التخلص من الإهدار. الالتزام على المدى الطويل لا يمكن التضحية به من أجل مكاسب على المدى القصير؛ المنظمات التى تريد دعم ثقافة التخلص من الإهدار يجب عليها أن تنظر للمستقبل، وأن تضع وتتابع أهدافًا على المدى الطويل، وأن تعدّل الأهداف عند الضرورة. بالإضافة لذلك، يجب على المنظمات أن تدرك أنه قد تحدث خسائر على المدى القصير، ولكن هذا لا ينفى أهمية وجود ثقافة التخلص من الإهدار على المدى الطويل. المبادرات الفاشلة لها أهميتها من منظور التعلم مثل أهمية المبادرات الناجحة.

لعل أهم درس تعلمته سكوت وهوايت هو أهمية توصيل أن الهدف من مبادرات التخلص من الإهدار لا يقتصر فقط على العائد على الاستثمار بالتخلص من العادم وتحسين النتائج – وإنما هو أيضًا فى فعل الشئ الصحيح للمرضى. يقاس النجاح بقياس التغيرات فى طريقة تفكير الناس؛ العوائد المناسبة على الاستثمار ستأتى تابعة عندما يتعلم الناس طريقة حل المشاكل.

الاستنتاج

منذ ٢٠٠٧ استخدمت منظمة سكوت وهوايت للرعاية الصحية طريقة تفكير التخلص من الإهدار فى كل منظمتها، وأنشأت مقررات تعليمية مختلفة لتفى باحتياجات جماهير مستمعين معينة. تتضمن هذه المقررات التعليمية دراسة متعمقة لأربعة أيام لبرنامج استمرار التعلم والتحسين، وكذلك مقررات تعليمية لساعتين بجامعة سكوت وهوايت صممت لتمكين أفراد هيئة العاملين من حضور وحدات

تدريب فردية. المشاريع التى تنبثق من هذه المقررات التعليمية نتج عنها تحسينات شتى تؤثر فى كل المجالات الست للرعاية بطريقة "**ستيب**".[٣] يوسع برنامج استمرار التعلم والجودة من مهمة سكوت وهوايت لتوفر رعاية صحية على أعلى درجة من الشخصانية، والشمول، والجودة، يعززها التعلم الطبى والأبحاث الطبية، كما يدعم البرنامج فلسفتها للاستمرار فى التعلم وتحسين إجراء العمليات.

المراجــع

1. Baylor Scott & White Health. Baylor, Scott & White Complete Merger; Combined Company Becomes Largest Not-For-Profit Health System in Texas. Online at: http://baylorscottandwhite.com/baylor-scott-combined-company-becomes-largest-not-for-profit-health-system-in-texas/ (accessed October 11, 2013).
2. Lean Enterprise Institute. What Is Lean? Online at: http://www.lean.org/whatslean/ (accessed April 12, 2013).
3. Corrigan, J. M., M. S. Donaldson, L. T. Kohn, S. K. Maguire, and K. C. Pike. 2001. *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century.* Washington, DC: National Academy Press.

الفصل العاشر

تحليلات طريقة ستيب للرعاية

دونالد كينرلى، وماريسا فالدس، ودافيد نايسواندر، وروبرت ت. جرين

مقــدمة

حتى تصل منظمة توصيل الرعاية الصحية إلى إنجــاز الرعايـــة الــصحية بطريقة "**ستيب**"، يجب أن تلتزم بإنشاء بنية تحتية قوية، ويُعد هذا أحد الأوجه لبناء القدرة على التحسين، وهو النقطة السابعة من النقاط الفعالة للقيادة حــسب "معهــد تحسين الرعاية الصحية"[1]. تتضمن هذه البنية التحتية نظمًا فعالة لقياس وتــسجيل التأثيرات الإكلينيكية والمالية المصاحبة لتحسين الجودة. تبينت منظمـــة "مبــرص" الحاجة إلى هذه النظم فى وقت مبكر من رحلتها للجودة، وأرست المصادر المتعلقة بإنشاء ومعالجة قاعدة البيانات عن طريق مستوى رفيع مـــن البرمجـــة، وتكامـــل البيانات من مصادر عديدة، وتسجيل مؤشرات قياس الأداء. تتوفر هـــذه الأنـــشطة بصفة جماعية بواسطة قسم تحليلات "مبرص" للرعاية بطريقـــة "**ســتيب**"، وهـــذا مصدر نظامى قيّم لقياس وتحليل وتسجيل الأداء العام للمنظمـــة، وكـــذلك أيـــضًا تأثيرات المبادرات المحددة بوجه خاص لتحسين جودة الرعاية الصحية.

المصدر التنظيمى لخدمات التحليلات

تقدم مجموعة "تحليلات **ستيب**" فى "معهد أبحاث الرعاية الصحية وجودتها" الخدمات التالية (انظر الفصل الثالث) للأقـــسام والكيانـــات الأخـــرى الموجـــودة فى "مبرص":

- معالجة المعلومات، وتحليلها، وتسجيلها.
- تنفيذ وتسجيل مؤشرات قياس الأداء.
- تكامل البيانات من مصادر عديدة داخل "مبرص"، وكذلك قواعد البيانات بالولاية، والمنطقة، وقاعدة البيانات القومية، وذلك لأهداف القياس ومعالجة البيانات الطبحيوية من التسجيلات الصحية الإلكترونية والنظم الإكلينيكية الأخرى.
- الدعم على نطاق المنظومة بأكملها للتسجيل العيارى ولطلبات البيانات المرتجلة لغرض واحد.

المدفوع للأداء من خلال المكسب

المؤسس على القيمة (ممق)

برنامج مركز "الرعاية الصحية" من خلال "المكسب المؤسس على القيمة" (واختصاره ممق) هو واحد من العديد من الإستراتيجيات الجديدة لما يدفع مقابل الأداء، والتى أنشأتها "مراكز خدمات الرعاية الطبية والمساعدة الطبية" اتباعًا للائحة "بباكا" (لائحة حماية المريض والرعاية بتكلفة يمكن تحملها).[٢] برنامج "ممق" صُمم لتعزيز الهدف الثلاثى "لوزارة الولايات المتحدة للصحة والخدمات الإنسانية" بغرض تحسين رعاية المريض، وتحسين صحة الأفراد والمجتمعات، وتخفيض تكلفة الرعاية الصحية.[٣] منذ أول أكتوبر ٢٠١٢، أصبح ١ فى المائة مما يُدفع للمستشفى للرعاية الطبية مربوطًا بأداء المستشفى فى مجالات الإجراءات الإكلينيكية للرعاية وخبرة المريض (كما تقاس بأبحاث مسح تقييم عملاء المستشفيات لمقدمى الرعاية الصحية ونظمها). بدءًا من أول أكتوبر ٢٠١٣، فإن قياسات معدل وفيات الأيام الثلاثين سوف تُضمَّن أيضًا كعامل فى قياس نقط أداء كل مستشفى. الحساب الكلى لنقط الأداء سيتضمن قياسات الإجراءات الإكلينيكية

(ويقدر وزنها بنسبة ٤٥ فى المائة)، وقياسات خبرة المريض (وتقدر بنسبة ٣٠ فى المائة)، وقياسات نتائج المرضى (بنسبة ٢٥ في المائة) (شكل ١٠،١). الهدف من برنامج "ممق" هو التأكيد على الدفع فى مقابل القيمة وليس الحجم[٤].

حسب "ممق" يصبح من الممكن أن تكسب النظم الصحية أو تخسر البلايين من الدولارات سنويًا بسبب إعادة تقدير القيمة فى "مراكز خدمات الرعاية الطبية".[٤] استمرار التزام "مبرص" بالرعاية بطريقة "**ستيب**" قد هيأها لهذا التأكيد المتزايد على الأداء حسب قياسات الجودة ورضاء المريض. قسم تحليلات "**ستيب**" والمصادر المصاحبة المتعلقة بقياس الأداء وتسجيله حددت وضع "مبرص"

قياسات الإجراءات الإكلينيكية ٤٥%	+	**قياسات خبرة المريض ٣٠%**	+	**نتـــائج المريض ٢٥%**	=	**إجمالى نقاط قياس نقط الأداء ("القيمة")**

(شكل ١٠،١)

إجمالى نقط قياس المستشفى للمكسب المؤسس على القيمة، بدءًا من أول أكتوبر ٢٠١٣.

لتقيس أداءها حسب القياسات التى يتضمنها إجمالى قياس نقاط برنامج "ممق"، وذلك قبل أن يصبح هذا البرنامج حقيقة واقعية. مع وجود مصدر تحليلات "**ستيب**" كبديل لذلك الوضع فإن هذا يعنى أن منظمة "مبرص" تكون فى وضع جيد ملائم للاستجابة لما يجرى حاليًا من تغيرات فى بيئة الرعاية الصحية.

مراكز القياسات الجوهرية لخدمات

"الرعاية الطبية" و "المعونة الطبية"

القياسات الجوهرية إجراء لقياسات الرعاية تسجله علنًا، وتوصى به "مراكز خدمات الرعاية الطبية والمعونة الطبية " هى و "اللجنة المشتركة"، وهذه القياسات

هى إحدى الطرائق لمقارنة جودة الرعاية التى تقدمها المستشفيات.[٥] القياسات الجوهرية تعكس المدى الذى توصل به أحد المستشفيات الإجراءات الموصى بها للرعاية فى الحالات المتقدمة فى ترتيب أولويتها: كاحتشاء عضلة القلب الحاد، وهبوط القلب، والالتهاب الرئوى المكتسب فى المجتمع، وتوقى التلوث بالجراثيم فى الجراحة.[٦] فى ٢٠٠٣، بدأ "برنامج تسجيل جودة حالة المرضى الداخليين بالمستشفى فى مطالبة المستشفيات بتقديم بياناتها عن القياسات الجوهرية للأداء إلى "مراكز خدمات الرعاية الطبية والمعونة الطبية"، التى تنشرها علنًا بعد ذلك على موقعها "لمقارنة المستشفيات " على شبكة ويب.[٧،٨]

تلتزم منظمة "مبرص" بالاستعداد مقدمًا للتغيير حسب التحليلات "لمراجعة" إجراءاتها، وقد بدأت فى متابعة القياسات الجوهرية لأدائها قبل أن يتم التنفيذ الفعال لمطلب التسجيل فى "مراكز خدمات الرعاية الطبية والمعونة الصحية". حتى تؤدى منظمة "مبرص" ذلك نفذت تطبيقًا لمبرمج على نطاق المنظمة كلها (اسمه ميداس +) فى ٢٠٠٢ وذلك من أجل ما يتطلبه الأمر من تجميع البيانات على نطاق واسع. المقاسات الأولى "لمبرص" لهذا القياس للأداء تطلبت مشاركة مجموعة تمريض خارجية منفصلة لإجراء مراجعة بالتبصر فى خرائط المرضى فى عينة عشوائية لما يصل إلى ٢٥ حالة من إدخال المرضى شهريًا للمستشفى وما يتعلق بذلك من تشخيصات، وذلك فى الفترة من أول يوليو ٢٠٠١ حتى ٣٠ يونيو ٢٠٠٢.[٩] أعطى هذا البحث نتائجَ مفيدة؛ أصبحت "مبرص" هكذا مهيأة جيدًا عندما أُخذت "مراكز خدمات الرعاية الطبية والمعونة الطبية" تطالب المستشفيات بتقديم البيانات عن الأداء للتسجيل العلنى.

هكذا ساد فى إدراك "مبرص" وجود قوة دفع للبيانات بما مكّنها من أن تصل إلى مستوى رفيع من الثقة فى مقاييسها الجوهرية للأداء،[١٠] وهذا الجانب فى

توصيلها للرعاية الصحية كان مفيدًا في حصولها على الإقرار قوميًا بوضعها كمنظمة قائدة فى الجودة، وكسبها جائزة ٢٠٠٨ للجودة القومية فى الرعاية الصحية التى يمنحها منتدى الجودة القومية، وكذلك جائزة ٢٠٠٧ باعتبارها الأعلى فى تمركزها على المريض.

توصيل خدمة الوقاية الإكلينيكية

أحد الأمثلة الأخرى لالتزام "مبرص" بتحسين الأداء الذى تدفعه البيانات، هو ما نراه فى عملها المتعلق بتوصيل خدمات الوقاية الإكلينيكية فى أوضاع الرعاية الأولية. الراشدون فى الولايات المتحدة يحدث نمطيًا أنهم لا يتلقون كل خدمات الوقاية الإكلينيكية الموصى بها لهم والتى تحق لهم، وهذا ينتج عنه ضياع فرص الوقاية والكشف المبكر عن الحالات. فى ١٩٩٩، أجرت شبكة توفير الصحة لتكساس، وهى شبكة الأطباء للرعاية المتنقلة الملحقة على "مبرص"، تنفيذ مبادرة لتحسين الجودة على سنوات عديدة، بهدف توصيل خدمة الوقاية الإكلينيكية. تضمنت وسائل تنفيذ ذلك، صفحة لتسلسل العمليات ونموذجًا للطبيب المتفوق، وفحصًا مدققًا للطبيب وتغذية مرتدة على مستوى الممارسة، وتدريب دورة سريعة لتحسين الجودة. ما بين ٢٠٠ حتى ٢٠٠٦ زاد توصيل خدمة الوقاية الإكلينيكية "التى تمت التوصية بها أو تم أداؤها" ليرتفع من ٦٨ فى المائة إلى٩٢ فى المائة، وابتداء من ٢٠٠١ (عندما بدأ إجراء التمييز بين "ما أوصى به" و "ما تم أداؤه") حتى ٢٠٠٦ زاد "ما تم أداؤه " من ٧٠ فى المائة إلى ٨٦ فى المائة. من بين العوامل التى أدت إلى هذا التحسين المستمر وجود المصادر لتجميع وتحليل البيانات مركزيًا لدعم جهود التحسين.[١١،١٢] تحليلات "**ستيب**" توفر هذا المصدر لتجميع، وتحليل، وتسجيل البيانات.

أمان المريض مجال آخر ظلت منظمة "مبرص" مستعدة فيه مسبقًا للقياس والتسجيل. لا يوجد حاليًا مقياس متفق عليه قوميًا لكل أسباب الوفيات في المستشفى، ولكن قادة منظمة "مبرص" يعتقدون مع ذلك أن قياس معدل الوفيات في الحالات داخل المستشفى له أهميته. اختارت "مبرص" أن تستخدم لهذا الغرض المعدلات العيارية لنسب الوفيات في المستشفيات، حيث يتم حساب هذه النسبة بأنها عدد ما يلاحظ من وفيات مقسومًا على الوفيات المتوقعة، وهذه الأخيرة تتحدد من متوسط الأداء لمستشفيات رعاية الحالات الحادة في تكساس بالنسبة لأحدث سنة أتيحت فيها البيانات. يتم استخلاص بيانات الوفيات لهذه الحسابات من "مجموعة معلومات الرعاية الصحية" بتكساس بقسم ولاية تكساس لخدمات الرعاية الصحية (١٣).

في ٢٠٠٥ جعلت قيادة "مبرص" من خفض معدل الوفيات في الحالات الداخلية هدفًا تنظيميًا، وأصدرت "لجنة أمناء مبرص" قرارًا بهذا المعنى (انظر الفصل الأول). منذ ٢٠٠٥ وضعت "مبرص" في رؤيتها السنوية أهداف تخفيض معدلات الوفاة بالنسبة للمنظومة ككل، وكذلك بالنسبة للمستشفيات فرديًا، وخلقت وجود مسئولية للمنظومة وقواد المنشآت عن طريق تضمينهم في برنامج مكافأة الأداء (انظر الفصل الرابع).

الدروس المستفادة

من الضروري وجود طريقة مقاربة بالاستعداد المسبق لجمع البيانات، وقياسها، وتحليلها، وتسجيلها، فهذا ضروري لتحسين الجودة. في أول الأمر قد يمثل الاستثمار في الموارد والبنية التحتية لدعم هذه المقاربة بعض التحديات، ومع ذلك فإنه يثمر مكاسبَ بأن يسهل تحديد، وإنشاء، وتنفيذ المبادرات الملائمة لتحسين الجودة. لا تستطيع المنظمات أن تعالج شئون ما لا يمكنها قياسه.

الالتزام بالشفافية أمر ضرورى أيضًا ومتكامل مع تحسين الجودة. شفافية بيانات الأداء يجب أن تصير جزءًا من ثقافة المنظمة. قد يقاوم الأفراد هذه الشفافية بالتساؤل فى شك عن مدى مصداقية البيانات، أو عما إذا كانت الأقسام والأفراد الملائمون يحوزون الجدارة للنجاح، أو عما إذا كان كل فرد فى المنظمة يلزم له أن يرى بيانات للأداء بمستوى أقل من الأمثل. إلا أن الشفافية تخلق وضع المسئولية وتدعم تنفيذ المبادرات الملائمة لتحسين الجودة عندما تدل البيانات على أن الأداء يحتاج للتحسين.

أحد الدروس المهمة التى تعلمتها منظمة "مبرص" عن طريق مبادراتها التى تسوقها البيانات درس يتعلق بطريقة إخبار الموظفين أو القسم بأن بيانات أدائهم على مستوى أقل من الأمثل. هذه الحوارات يمكن أن يكون فيها أوجه من التحدى، ويحتاج الأمر لاتخاذ الحذر للتأكيد على أن البيانات تستخدم كدافع للتحسينات وليس لإلقاء اللوم على أحد. من المهم أيضًا أن يكون الدخول للاجتماعات مصحوبًا ببيانات ذات مصداقية وبالمعرفة بطريقة جمعها وتحليلها، وبالاستعداد لاحتمال أن الموظف سيعتقد أن العجز الظاهرى فى الأداء هو فى الحقيقة لخطأ فى البيانات. وجود الاستعداد للإجابة عن مزاعم كهذه يخلق فرصة لإثارة اهتمام الموظف بالمصادر التنظيمية لجمع البيانات، والقياس، والتحليلات، والتسجيل، وتطبيقها لتحسين الجودة.

الاستنتاج

توصيل الرعاية الصحية بطريقة "ستيب" يتطلب وجود المصادر والبنية التحتية لجمع، وقياس، وتحليل، وتسجيل البيانات المتعلقة بذلك. منظمات الرعاية الصحية تحتاج لنظم لقياس وتسجيل التأثيرات الإكلينيكية والمالية لتحسين الجودة.

"قسم تحليلات (**ستيب**)" فى منظمة "مبرص" يفى للقيام بهذه الأدوار، وقد أدى إلى دعم نجاحات تحسين الجودة، وكذلك أيضًا الاستعداد التنظيمى للمبادرات القومية المدفوعة بالبيانات، مثل التسجيل العلنى لبيانات القياس الجوهرية و برنامج "ممق" للرعاية الطبية. الدورة الحالية للإصلاح الصحى تؤكد على قياس الأداء وتسجيله، كما ينعكس فى الروابط التى تُخلق بين إعادة ترتيب وضع الرعاية الطبية والأداء حسب إرضاء المريض، ومعدل الوفيات، وقياسات معاودة دخول المريض للمستشفى.[٢] هذه التغيرات تجعل إتاحة مصدر مثل "تحليلات **ستيب**" ليس فحسب مجرد مصدر مهم، ولكنه أيضًا ضرورى لمنظمة الرعاية الصحية لتبقى فى وضع تنافسى، وكذلك أيضًا لتوفر لمرضاها الرعاية بطريقة "**ستيب**".

المراجـع

1. Reinertsen, J. L., M. Bisognano, and M. D. Pugh. 2008. *Seven leadership leverage points for organization-level improvement in health care*, 2nd ed. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement.
2. Patient Protection and Affordable Care Act. Public Law 111–148—March 23, 2010. 124 Stat. 119. Online at: http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/PLAW-111publ148/pdf/PLAW-111publ148.pdf
3. Berwick, D. M., T. W. Nolan, and J. Whittington, The triple aim: care, health, and cost. *Health Affairs* (Millwood) 27 (3): 759–769.
4. MX.com. 2013. Value-based purchasing: Improving the U.S. healthcare system by focusing on quality rather than quantity. White Paper. Online at: http://mx.com/resources/whitepapers/improving-us-healthcare-system-through-value-based-purchasing (accessed May 15, 2013).
5. The Joint Commission. Core measure sets. Online at: http://www.jointcommission.org/core_measure_sets.aspx (accessed January 30, 2013).
6. Masica, A. L., K. M. Richter, P. Convery, and Z. Haydar. 2009. Linking joint commission inpatient core measures and national patient safety goals with evidence. *Proceedings (Baylor University Medical Center)* 22 (2): 103–111.
7. QualityNet. Hospital inpatient quality reporting program overview. Online at: http://www.qualitynet.org/dcs/ContentServer?cid=1138115987129&pagename=QnetPublic%2FPage%2FQnetTier2 (accessed January 30, 2013).
8. Medicare.gov. Hospital compare. Online at: http://www.medicare.gov/hospitalcompare/ (accessed January 30, 2013).
9. Ballard, D. J. 2003. Indicators to improve clinical quality across an integrated health care system. *International Journal for Quality in Health Care* 15 (Suppl 1): i13–23.
10. Hines, S., and M. S. Joshi. 2008. Variation in quality of care within health systems. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 34 (6): 326–332.
11. Ballard, D. J., D. A. Nicewander, H. Qin, C. Fullerton, F. D. Winter, Jr., and C. E. Couch. 2007. Improving delivery of clinical preventive services: a multi-year journey. *American Journal of Preventive Medicine* 33 (6): 492–497.
12. Silverstein, M. D., G. Ogola, Q. Mercer, J. Fong, E. Devol, C. E. Couch, and D. J. Ballard. 2008. Impact of clinical preventive services in the ambulatory setting. *Proceedings (Baylor University Medical Center)* 21 (3): 227–235.
13. Texas Department of State Health Services. Texas health care information collection. Online at: http://www.dshs.state.tx.us/THCIC/ (accessed March 7, 2013).

الفصل الحادى عشر

عمليات الرعاية بطريقة ستيب

دونالد كينرلى ومارشا سى. كوكس

مقــدمة

حتى يتم بناء القدرة على التحسين تتطلب النقطة السابعة من النقاط الفعالــة للقيادة حسب "معهد تحسين الرعاية الصحية"[١] أن تكون نظــم الرعايــة الــصحية قادرة تكنيكيًا على صنع التحسينات، واستدامتها، ونشرها عبر كل المنــشآت، وأن تتخذ طريقة مقاربة بأن تكون مستعدة تلقائيًا للمبادرة بالتغيير لفعل ذلك. حتى تغير مبادرات الجودة من ثقافة المنظمة يجب أن تخصص البنية التحتية والموارد لتنفيــذها ونشرها. هذا هو الدور الذى يقوم به "قسم عمليات رعاية **ســتيب** " داخــل نطــاق منظمة "مبرص". تربط هذه المجموعة المنشآت وخطوط الخدمة من أجل تنفيذ ونشر المبادرات للتوصل إلى الرعاية بطريقة "**ستيب**". وهى تعرّف الاستعداد للمبادرة للقيام بالتغيير بأنه "فعل الشىء الصحيح " وليس مجرد منع حدوث الشىء الخطأ.

المصدر التنظيمى لتحسين الرعاية الصحية

عند تتبع مسار جذور "قسم عمليات الرعاية **لستيب**" يتبين أنها تــصل إلــى أول لجنة إكلينيكية موسعة لمنظمة "مبرص"، مجلس الجــودة الــذى تأســس فــى ١٩٩٤، وكذلك قرار الجودة الذى صدر بواسطة "مجلــس مبــرص" فــى ٢٠٠٠ (انظر الفصل الأول). (٢) وهو يتضمن معًا عنصرًا لتحسين الرعايــة الــصحية ومصدرا من أسلوب التفكير بالتخلص من الإهدار، وتتضمن واجبــات مهمتــه أن

يسهل الانتظام فى صف متسق للمعالجة وتحسين الجودة الإكلينيكية مع اتباع أسلوب التخلص من الإهدار "Lean". هكذا فإن مجموعة "عمليات الرعاية لستيب" تأتى بالعناصر المختلفة لستيب لتكون موجودة معًا، فتدفع التكامل بين تحسين الجودة الإكلينيكية والكفاءة.

مجموعة عمليات رعاية "ستيب" تعد مصدرًا على مستوى المنظومة يشترك فيه مديرو تحسين الرعاية الصحية فى المستشفيات المنفردة، وتوفر التدريب والإرشاد لتحسين المعالجات، والسياسات، والإجراءات والنظم، التى تؤثر فى جودة رعاية المريض عبر منظمة "مبرص". مديرو تحسين الرعاية الصحية مسئولون عن الإثبات العملى لقياسات تحسين الرعاية المؤسسة على الأدلة فى مستشفياتهم. وهم مفيدون أيضًا باعتبارهم أحد المصادر فيما يتعلق بوسائل وطرائق تحسين المعالجة داخل مستشفياتهم، وتحديد عمليات الرعاية الصحية التى لها الإمكان لإحداث تقدم فى الرعاية بطريقة "ستيب"، وأن تقوم بتوصيل ذلك لمستشفيات "مبرص" الأخرى، وتؤيد مغايرة توصيل الرعاية المؤسسة على الأدلة، وتتعاون مع أقسام أمن المريض ومعالجة المخاطر.

الدروس المستفادة

تعلّمت منظمة "مبرص" أهمية أن ترتب فى صف وثيق متسق أهداف ومبادرات تحسين الجودة عبر كل منظمة الرعاية الصحية. "مجلس حوكمة ستيب" (انظر الفصل الأول) يدير الرعاية بطريقة "ستيب" فى كل مستشفى عن طريق لجان "ستيب" على مستوى المستشفى، ومجموعة عمليات رعاية "ستيب" تتعامل مع مدير لتحسين الرعاية الصحية فى كل مستشفى. تساعد هذه البنى على تأكيد ترتيب الأهداف والأولويات فى صف متسق عبر المنظومة، وتمكّن من الانتشار السهل لمبادرات التحسين بما يثبت عمليًا نجاح أحد المستشفيات عند الكيانات الأخرى فى المنظومة التى تواجه تحديات مشابهة.

أحد الدروس الأخرى المهمة يتعلق بترتيب الأولويات والحاجة إلى اتباع النظام بشأن القياس. يحتاج القياس والتحسين إلى أن يكونا "بالحجم المناسب"؛ المنظمات التي تحاول تحسين كل شيء في الوقت نفسه يكون من غير المرجح أن تحسن أي شيء. إحدى الطرائق التي تقرر بها منظمة "مبرص" أى المجالات هي التي ستستهدفها من بين مجالات قياس الرعاية وقياسات الجودة، هي طريقة أن تركز اهتمامها على أولويات الرعاية الصحية القومية. هذه الطريقة للمقاومة قد وجهت الكثير من جهود منظمة "مبرص" إلى تحسين الأداء فى القياسات الجوهرية "لمراكز الرعاية الطبية والمعونة الطبية" (انظر الفصل العاشر)، ومعدلات وفاة المرضى الداخليين (انظر الفصل العاشر)، والأهداف المتعلقة بحملات "معهد تحسين الرعاية الصحية" بشأن المائة ألف حياة والملايين الخمسة للحياة (انظر الفصل الأول).

الاستنتاج

"مجموعة "منظمة مبرص لعمليات رعاية ستيب" توفر المصدر الذى تحتاج "مبرص" له لصنع مبادرات التحسين عبر كل المنظمة، ولاستدامة هذه المبادرات ونشرها. تجلب هذه المجموعة معًا مصدرًا من أسلوب تفكير التخلص من الإهدار، وكذلك تجلب معه عنصرًا من تحسين الرعاية الصحية، وتسعى المجموعة إلى أن تنظم فى صف متسق الجودة الإكلينيكية والكفاءة داخل جهود "مبرص" للتحسين. يحدث عن طريق التفاعل فيما بين مديرى تحسين الرعاية الصحية بالمستشفيات الفردية، أن تساعد مجموعة "عمليات رعاية **ستيب**" فى أن تنظم فى صف متسق، وأن تنشر، أهداف ومبادرات الجودة عبر كل المنظومة.

المراجع

1. Reinertsen, J. L., M. Bisognano, and M. D. Pugh. 2008. *Seven leadership leverage points for organization-level improvement in health care*, 2nd ed. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement.
2. Wilsey, H. L. 2004. *How we care: Centennial history of Baylor University Medical Center and Baylor Health Care System, 1903–2003.* Dallas: Baylor Health Care System.

الفصل الثانى عشر

تقييم النتائج الإكلينيكية، والاقتصادية، والمالية

نيل إس. فليمنج، وأندرو ماسيكا، وأيان ماكارثى

مقـدمة

الإشراف على مهام إدارة الخدمات والمؤن (Stewardship) هى إحدى القيم الجوهرية فى منظمة "مبرص" (انظر المقدمة، شكل ١،١)، التى تجعل من العلاقـة بين استهلاك الموارد والنتائج نقطة تركيز مهمة فى عملياتهـا لتحـسين الجـودة. الالتزام بالجودة يتطلب استثمار الموارد، وهذا أمر حاسم بالنـسبة لتنميـة الثقافـة وكذلك تنمية البنية التحتية لدعم أنشطة التحسين [١]. بينما تكون هناك غالبًا علاقـة تكامل بين التكلفة والجودة، فإن الجودة يمكن تحسينها بدون زيادة التكاليف – بـل يمكن حتى أن ينتج عنها خفض للتكاليف. حدد "المعهـد الطبـى" التكـاليف غيـر الضرورية للرعاية الصحية التى يمكن لتحسين الجودة أن يخفضها أو أن يـتخلص منها: وهى تلك التكاليف التى تنتج عن ازدواج فى الخدمات ومعالجة مـضاعفات يمكن تجنبها، وأوجه عدم الكفاءة التى تنشأ عندما ينتج عن المعالجة الأعلى تكلفـة ما يماثلها غلوًا من النتائج الإكلينيكية[٢]. ينبغى أن تتضمن أهداف تحـسين جـودة الرعاية الصحية الحصول على قيم أحسن مقابل ما يُنفق من موارد؛ على هذا النحو تكون هناك حاجة إلى تقييم التأثيرات الاقتصادية هـى.وغيرهـا ممـا يـصاحب مبادرات تحسين الجودة[٢].

التوصل إلى ما له قيمة فى الرعاية الصحية يتطلب وزن تكاليف الرعاية إزاء النتائج، مع قياس هذه الأخيرة فيما يحيط بالمريض وعبر الدورة الكاملة لرعاية المريض [٣].

كثيرًا ما يُساء إدراك تقديرات القيمة على أنها مساوية لتحاليل الجدوى الاقتصادية للتكلفة أو لتحاليل التكلفة – الفائدة. بينما تُعد تحاليل الجدوى الاقتصادية للتكلفة أو تحاليل التكلفة – الفائدة وسائل مهمة فى تقدير القيمة، فإن مفهوم القيمة أوسع كثيرًا من ذلك. وكمثل، فإن تحليل الجدوى الاقتصادية للتكلفة هو أساسًا وسيلة للمقارنة، يقصد بها دراسة التكاليف والنتائج فى طريقتين متنافستين للمعالجة، وفائدتها قليلة فى غياب المقارنة "رأسًا برأس".[٤]

تحليل التكلفة – الفائدة فيه نمطيًا مقارنة بين تكلفة تنفيذ بعض تدخل والفائدة النقدية التى سيثمر عنها هذا التدخل (مثلاً، توفير النقود/ تجنب التكاليف، أو توفير سنوات الحياة). هكذا فإن تحاليل التكلفة – الفائدة، هى بخلاف تحاليل الجدوى الاقتصادية، لا يقيدها الاعتماد على منظور نسبى، وإنما الأولى أنها تقيدها صعوبة تحويل المقاييس إلى وحدات نقدية، مثل تحويل توفير سنوات الحياة.[٥] فى تناقض مع ذلك، تحليل القيمة يدرس إجمالى الموارد التى تم إنفاقها، وهذا مقياس يمكن أن يكون له معنى سواء عند مقارنة خيارين أو عندما يكون هناك خيار واحد يُنظر فى أمره، ولا يتطلب هكذا أى تحويل معقد للقياسات.

تقديرات القيمة، أو الجدوى الاقتصادية للتكلفة، أو التكلفة – الفائدة ينبغى على الوجه الأمثل أن تتضمن وجهة نظر المرضى وعائلاتهم، والموظفين، ودافعى المال، وكذلك أيضا من يوفرون الخدمة، وينبغى أن تضع فى الاعتبار التكاليف والنتائج الطبية وغير الطبية، حتى توفر صورة أكثر اكتمالا لقيمة الرعاية الصحية.[٦] هكذا فإن مجال التحليل المثالى فى هذه المنطقة يمتد إلى ما يتجاوز تفاعل المريض/ موفر الخدمة، ويصل إلى المنطقة أو المجتمع ككل. على هذا

النحو، يعتبر التحليل على أنه تحليل اقتصادى بأكثر من أن يكون تحليلاً ماليّا خالصًا. هذا الأخير يركز الاهتمام فى أغلبه على ما يلاحظ من تكاليف وفوائد لكيانات منتقاة، بينما يهتم الأول، أى التحليل الاقتصادى، بالنظر إلى تكاليف الفرصة البديلة (غير الملحوظة) وكذلك أيضًا التأثير فى كيانات أخرى ليست متضمنة مباشرة فى البرنامج.

(جدول ١٢،١)

ملخص أربع دراسات على جودة وتكلفة الرعاية الصحية فى منظمة بايلور للرعاية الصحية

الدراسة			
معايرة الرعاية بمجموعة بيانات الأوامر الطبية لإدخال حالات الالتهاب الرئوى	معايرة الرعاية بمجموعة بيانات الأوامر الطبية لإدخال حالات هبوط القلب	قياس التكاليف المالية وغير المالية لتنفيذ التسجيلات الصحية إلكترونيًا	الجدوى الاقتصادية وتكلفة برنامج انتقالى لرعاية حالات هبوط القلب
استخدام مجموعة بيانات الأوامر الطبية لإدخال حالات الالتهاب الرئوى ينتج عنه: * انخفاض فى معدل الوفيات للمرضى الداخليين. * انخفاض فى معدل الوفيات خلال ٣٠ يومًا بعد الدخول للمستشفى. * زيادة فى اتباع قواعد القياسات الجوهرية. * إمكان توفير سنوات حياة بمعدل ١٢ سنة لكل مريض.	استخدام مجموعة بيانات الأوامر الطبية لإدخال حالات هبوط القلب ينتج عنه: * زيادة فى اتباع قواعد القياسات الجوهرية لهبوط القلب. * انخفاض فى معدل الوفيات للمرضى الداخليين. * انخفاض فى معدل وفيات الثلاثين يومًا. * انخفاض فى إعادة الإدخال للمستشفى خلال ٣٠ يومًا. * انخفاض فى التكلفة المباشرة	تنفيذ مسجل صحى إلكترونى لمتوسط ممارسة خمسة أطباء ينتج عنه: * تكلفة للتنفيذ قدرها ١٦٢٠٠٠ من الدولارات. * تكلفة صيانة فى أول سنة تبلغ ٨٥٥٠٠ من الدولارات. * ٦١١ من الساعات للإعداد ولتنفيذ نظام التسجيل الصحى إلكترونيًا.	برنامج انتقالى للرعاية يُمارس بمستوى رفيع بقيادة التمريض ينتج عنه: * انخفاض معدلات إعادة الإدخال للمستشفى خلال ٣٠ يومًا. * تأثير قليل فى طول الإقامة أو التكاليف المباشرة لإجمالى من ستين يومًا. * انخفاض حد الإسهام المالى للمستشفى بمعدل ٢٢٧ دولارًا لكل مريض.

تضع منظمة "مبرص" فى أولوياتها التقييم والتقدير الكمى المضبوطين لمجهوداتها لتحسين جودة الرعاية الصحية. أحد الأجزاء المهمة فى التزام "مبرص" بالجودة والحنكة هو تنمية القدرة على إجراء التحاليل، ويبين هذا أن موفرى الخدمة فى "مبرص" لديهم استعداد لتقبل الأدلة التى تتولد محليًا أكبر من استعدادهم لتقبل النتائج من الدراسات الخارجية؛ لأنها تتأسس على بيانات من "العالم الواقعى" مستقاة من أوضاع مألوفة لديهم. تقديم الأدلة التى نشأت علميًا، خاصة التى تنشأ عن أوضاع تردد صدى الإطار الملموس لمرجعية الإكينيكيين، يخلق حالة تفرض نفسها بقوة لاتخاذ مبادرات على نطاق المنظومة كلها.

فيما يلى أربع دراسات فيها أمثلة لتقييم تأثير ما لدى "مبرص" من مبادراتها لتحسين الجودة تأثيرًا يتعلق بالجودة، وكذلك أيضًا بالتكاليف. جدول ١٢،١ يعطى ملخصًا موجزًا لنتائج كل الدراسات الأربع. يلى ذلك وصف فيه تفاصيل أكثر، كما تم نشر النتائج كاملة فى الأدبيات المحكّمة بالأنداد.

١- معايرة الرعاية بمجموعة بيانات الأوامر الطبية لإدخال حالات الالتهاب الرئوى:

مجموعة قد أنشأها فريق بأفراد من فروع معرفية متعددة تشمل المنظومة كلها ويتضمن صيادلة، وممرضات، ومعالجين للأمراض التنفسية، ومنسقين للرعاية، وهيئة أفراد عاملين فى معالجة المعلومات الصحية، وأطباء متخصصين فى الأمراض المعدية، ودراسة علوم الرئة، والطب الباطنى، وممارسة طب الأسرة. جُعلت هذه المجموعة من البيانات متاحة للأطباء فى كل مستشفيات منظمة "مبرص". هناك تشجيع لاستخدام مجموعة بيانات الإدخال للمعايرة، ولكن هذا ليس فيه أى إلزام.

فيما بين مارس ٢٠٠٦ إلى أغسطس ٢٠٠٨، تم اتباع قواعد القياسات الجوهرية "لمراكز خدمات الرعاية الطبية والمعونة الطبية" فيما يتعلق بالالتهاب الرئوى، ومعدلات الوفاة للحالات الداخلية بالمستشفى، وتكاليف الرعاية وأجريت

(جدول ٢،١٢)

التأثير غير المعدل والمعدل لاستخدام مجموعة بيانات أوامر الدخول فى قياسات الجودة لمرضى الالتهاب

الرئوى الراشدين الذين تم خروجهم من مستشفيات منظمة "مبرص" لرعاية الحالات الحادة

أول مارس ٢٠٠٦ – ٣١ أغسطس ٢٠٠٨

النتيجة	**غير معدلة**	**معدل (أ)**
– معدل الوفيات فى الحالات الداخلية، نسبة المخاطر. (فترة ثقة من ٩٥%)	٠,٦٢ (٠,٤٦؛ ٠,٨٥)	٠,٧٣ (٠،٥١، ١,٠٢)
– معدل الوفيات خلال ٣٠ يومًا بعد إدخال الحالات، نسبة المخاطر (فترة ثقة من٩٥%)	٠,٧٦ (٠,٦١؛ ٠,٩٦)	٠,٧٩ (٠،٦٢. ١,٠)
– اتباع قواعد القياسات الجوهرية، الخطر النسبى (فترة ثقة من ٩٥%)	١,١٢ (١,٠٨. ١,١٦)	١,٠٨ (١,٠٣. ١,١٢)

(أ) **ملحوظة:** معدلة بالنسبة للسن والجنوسة، والعرق، ومنشأة المستشفى، ونوع دافع النقود، وسنة خروج المريض، وكل مخاطر الوفيات المجموعة المتعلقة بالتشخيص المنقح للمريض.

مقارنة بين نتائج مرضى الالتهاب الرئوى الذين أُدخلوا لمستشفيات منظمة "مبرص" وعولجوا باستخدام مجموعة بيانات الأوامر الطبية العيارية "لمبرص" وبين نتائج المرضى الذى أدخلوا بحالة التهاب رئوى ولم يعالجوا باستخدام هذه الطريقة. المرضى فى هذه المجموعة الأخيرة ربما يكونون قد عولجوا باستخدام مجموعة بيانات الأوامر الطبية التى أنشأها على نحو فردى بعض الأطباء أو المستشفيات، أو باستخدام مجموعة بيانات تُرتب فى خط بعد الآخر. بينت التحاليل المعدلة انخفاضًا فى معدل الوفيات فى الحالات الداخلية بالمستشفى، وكذلك أيضًا خلال فترة الثلاثين يومًا بعد الإدخال وهو انخفاض يقع على الحرف من وَجود معنى إحصائى، وبينت التحاليل كذلك زيادة ذات معنى إحصائى فى اتباع قواعد القياسات الجوهرية (جدول ٢،١٢). الاختلافات الوسطية (الخطأ المعيارى) فى معدل وفيات وتكاليف الحالات الداخلية بالمستشفى قُدرت بأنها ١,٦٧ (٠,٦٢) فى المائة و ٣٨٣ دولارًا (٢٠٧) حسب الترتيب، وهما هكذا يُظهران معا وجود فائدة من استخدام مجموعة بيانات الأوامر الطبية. نتج عن تقديرات الاختلافات فى معدل الوفيات والتكاليف أن قُدرت نسبة تزايد الجدوى الاقتصادية للتكلفة بمعدل ٢٢٨٨٢ من الدولارات لكل إنقاذ لحياة إضافية. هناك تعبير بديل لذلك وهو أن استخدام مجموعة بيانات الأوامر الطبية لمنظمة "مبرص" لعلاج ألفين من المرضى بالالتهاب الرئوى سوف ينقذ ٣٣ حياة إضافية، ويتجنب إنفاق ٧٦٦٠٠٠ من الدولارات فى تكلفة الرعاية المباشرة للمريض(٧).

٢ـ معايرة الرعاية بمجموعة بيانات الأوامر الطبية لإدخال حالات هبوط القلب:

أجريت دراسة مماثلة لتقييم تأثير تنفيذ المجموعة العيارية لبيانات الأوامر الطبية لإدخال حالات هبوط القلب فى مستشفيات "مبرص"، وذلك بالنسبة لمعدل الوفيات، وإعادة الإدخال للمستشفى، وتكلفة الرعاية.

كما حدث في حالات الالتهاب الرئوى، أنشأت منظمة "مبرص"[٦] ونشرت مجموعة بيانات عيارية لإدخال حالات القلب، واستُمد محتوى البيانات في هذه المرة بواسطة "الكلية الأمريكية لدراسة القلب" وإرشادات الممارسة الإكلينيكية "للجمعية الأمريكية للقلب"، تم هكذا مقارنة الإجراءات المسجلة علنًا لقياسات الرعاية، ومعدل الوفيات في مرضى المستشفى الداخليين، ومعدل الوفيات خلال الثلاثين يومًا، وإعادة الإدخال للمستشفى خلال ٣٠ يومًا، ومدة الإقامة، والتكاليف المباشرة للرعاية (باستثناء التكاليف الفوقية غير المباشرة (**overhead**)، وقورن بين هذا كله عند مرضى هبوط القلب الذين عولجوا حسب مجموعة بيانات الأوامر الطبية، وكلهم صُرفوا من المستشفى بين ديسمبر ٢٠٠٧ ومارس ٢٠٠٩، ولم تُجر لهم عمليات زرع قلب، ولم يعط لهم أداة مساعدة للبطين الأيسر.

نتائج الدراسة لُخصت في جدول ١٢,٣. بعد استخدام تعديلات نقاط قياس الميول، لإيجاد إمكان للمقارنة بين المجموعات، تَبين أن مجموعة بيانات الأوامر الطبية مصحوبة بزيادة لها معنى إحصائى بالنسبة لاتباع القواعد في القياسات الجوهرية لهبوط القلب وبانخفاض معدل الوفيات في المرضى الداخليين. الانخفاضات في معدل الوفيات خلال الثلاثين يومًا وفى إعادة إدخال الحالات للمستشفى قاربت أن يكون لها معنى إحصائيًا.

(جدول ٣،١٢)

التأثير غير المعدل والمعدل لمجموعة بيانات الأوامر الطبية فى منظمة بايلور للرعاية الصحية، فى قياسات الجودة لمرضى هبوط القلب الراشدين الذين خرجوا من مستشفيات بايلور من ديسمبر ٢٠٠٧ حتى مارس ٢٠٠٩

مؤشرات الأمان والفاعلية	غير معدلة	مع تعديل نقاط قياس الميول (أ)
– معدل وفاة الحالات الداخلية، نسبة الاحتمالات (فترة ثقة من ٩٥%)	٠,٥٧ (٠,٣٤؛ ٠,٩٧)	٠،٤٩ (٠,٢٨؛ ٠,٨٨)
– معدل وفيات الثلاثين يومًا، نسبة الاحتمالات (فترة ثقة من ٩٥%)	٠,٧٨ (٠,٥٨؛ ١,٠٥)	٠،٨١ (٠,٥٨؛ ١,١٣)
– إعادة الإدخال للمستشفى خلال ٣٠ يومًا، نسبة المخاطر (فترة ثقة من ٩٥%)	٠,٩٣ (٠,٧٧؛ ١,١٤)	٠,٩١ (٠,٧٣ ؛ ١,١٤)
– اتباع قواعد القياسات الجوهرية، نسبة الاحتمالات (فترة ثقة من ٩٥%)	١,٥٥ (١,١٥؛ ٢,١)	١,٥١ (١,٠٨، ٢,١٢)
المؤشرات المالية ومؤشرات الكفاءة	**غير معدلة**	**مع تعديل نقاط قياس الميول (ب)**
– مدة الإقامة، الاختلاف (فترة ثقة من ٩٥%) (بالأيام)	– ٠,١٥ (٠,٣٨، ٠,٠٨)	– ٠,٠٧ (– ٠,٣٤؛ ٠,١٧)
– اختلاف التكلفة (بالدولار) (فترة ثقة من ٩٥%)(ج) * التكلفة المباشرة للإدخال الابتدائى	– ١٤٠٨ (– ٢٠١١؛ –٨٠٦)	– ٦٨٥ (– ١٢٨٧؛ – ٨٧)
* التكلفة المباشرة لإعادة الإدخال خلال ٣٠ يومًا	– ٨٢٠ (– ١٥٠٠؛ –١٤١)	– ٦٦٥ (–١٣٧٩؛ ٤٩)
* التكلفة المباشرة لإعادة الإدخال خلال سنة واحدة	– ١٦١٤ (– ٢٦٧٦؛ – ٥٥٢)	– ١٢٢٤ (– ٢٢٧٦؛ – ١٧١)
* إجمالى التكلفة المباشرة (ابتدائى + إعادة الإدخال في ٣٠ يوما	– ٢٢٢٩ (–٣١٥٠؛ ١٣٠٨)	–١٣٥٠ (–٢٨٠٤؛– ٣٩٦)
* إجمالى التكلفة المباشرة (ابتدائى + إعادة الإدخال في سنة	– ٣٠٢٢ (–٤٢٤٠؛ – ١٨٠٦)	–١٩٠٩ (– ٣١٤٣؛ – ٦٧٦)

ملحوظة: كل النتائج ذات المعنى إحصائيًا مكتوبة ببنط ثقيل.

(أ) المتغايرات المتزامنة لنقاط قياس الميول: السن، والجنوسة، والعــرق، ونـــوع الطبيب (أتباع المذهب الاستشفائى إزاء غير الاستــشفائيين)، وكـــل مخـــاطر وفيات المجموعة المتعلقة بالتشخيص المنقح للمريض، والمنشأة، ونوع دافـــع النقود، وجهة صرف المريض.

(ب) المتغايرات المتزامنة لنقاط قياس الميول: السن، والجنوسة، والعرق، ونـــوع الطبيب (أتباع المذهب الاستشفائى إزاء غير الاستشفائى) وكل مخاطر شـــدة مرض المجموعة المتعلقة بالتشخيص المنقح للمريض، والمنشأة، ونوع دافـــع النقود، وجهة صرف المريض أو خروجه.

(ج) فارق التكلفة الذى يتم الحصول عليه عن طريـــق إعـــادة تـــدوير التعليمـــات التمهيدية لخوارزم التنبؤ الذى نوقش فى قسم التحليل الإحصائى.

التكاليف المباشرة للإدخالات الابتدائية وحدها، وكذلك عنـــد جمعهـــا مـــع تكاليف إعادة الإدخال كانت كلها عند استخدام جدول بيانات الأوامر منخفضة بأكثر إلى حد له معناه إحصائيًا. المجموعة المعايرة لبيانات الأوامر الطبيـــة للإدخـــال، يمكن ترجمة تأثيرها فى رعاية حالات هبوط القلب، إلى احتمال إنقاذ عدد حـــالات يصل سنويًا إلى ١٥١٤٧ من الوفيات للمرضى بداخل المستشفى، وأن يتم قوميًـــا توفير مبلغ ١،٩ بليون من الدولارات. [٨]

هذه النتائج، تطرح كما كان الأمر فى حالات الالتهاب الرئوى، أن استخدام مجموعة معايرة من بيانات أوامر إدخال طبية مؤسسة على الأدلة قد تـــساعد فـــى تحسين النتائج وتخفيض تكاليف الرعاية.

أدت نتائج تحاليل مجموعة بيانات الأوامر الطبية لإدخال حالات الالتهـــاب الرئوى وهبوط القلب إلى أن تدفع إلى اتباع هذه البيانات ونشرها واسعًا عبر كـــل

منظمة "مبرص"، مع استمرار استخدامها بنسبة أعلى من ٩٥ فى المائة، ومع دعم استخدام الأطباء المتفوقين لمجموعة بيانات الأوامر الطبية كوسائل للتدريب. يؤدى هذا إلى تأكيد ما يمكن أن يكون من تأثير للتقييم المحلى لمبادرات جودة الرعاية الصحية فى العمل على ضمان مشاركة المساهمين وتشربهم بأكثر.

٣- قياس التكاليف المالية وغير المالية

لتنفيذ تسجيلات الصحة إلكترونيًا

قاست هذه الدراسة تكلفة تنفيذ نظام تسجيل إلكترونى للصحة فى ٢٦ من ممارسات الرعاية الأولية فى شبكة الأطباء الملحقة بمنظمة "مبرص"، "شبكة توفير الصحة لتكساس"، وأُخذ فى الاعتبار تكلفة العتاد والبرمجيات، وكذلك الوقت والجهد اللذان يستثمران فى التنفيذ. بيّنت النتائج أنه بالنسبة لمتوسط ممارسة لخمسة أطباء، تقدر تكلفة التنفيذ بمبلغ ١٦٢٠٠٠ دولار، مع نفقات صيانة من ٨٥٠٠٠ دولار أثناء السنة الأولى. فريق التنفيذ فى شبكة توفير الصحة لتكساس هو وفريق تنفيذ الممارسات احتاجا فى المتوسط إلى ٦١١ ساعة لإعداد وتنفيذ نظام التسجيل الصحى إلكترونيًا. "المتلقون عند الطرف النهائى" – الأطباء وغيرهم من أفراد هيئة العاملين الإكلينيكية، وغير الإكلينيكية – يحتاجون فى المتوسط إلى ١٣٤ ساعة لكل طبيب للإعداد لاستخدام نظام التسجيل فى اللقاءات الإكلينيكية.[٩] تؤكد هذه الدراسة على طبيعة الاستثمار المطلوب لتحسين الجودة، خاصة التكاليف المتعلقة بالوقت والجهد وتكوين عادة "متوارية " (بمعنى أنها لم تقدر كميًا أثناء المبادرات).

٤- فعالية وتكلفة برنامج انتقالى لرعاية حالات هبوط القلب

يصف الفصل الخامس تقييم منظمة "مبرص" لبرنامج رعاية انتقالى، رفيع المستوى فى الممارسة ويقوده التمريض، وذلك من أجل حالات المرضى بهبوط

القلب. صاحب البرنامج انخفاض له معنى إحصائيًا مقداره ٤٨ في المائة في معدلات إعادة الإدخال للمستشفى خلال ٣٠ يومًا، والبرنامج له تأثير قليل في مدة الإقامة أو في إجمالي التكلفة المباشرة للستين يومًا، والبرنامج يُخفض هامش إسهام المستشفى ماليًا بمتوسط من ٢٢٧ دولارًا لكل مريض بهبوط القلب في مركز الرعاية الطبية يخضع لخطة إعادة تقدير القيمة في "مراكز خدمات الرعاية والمعونة الصحية" التي تنفذ في المكان والوقت المناسبين.(١٠)

الدروس المستفادة

من المهم الالتزام بتقييم صارم لأي نوع من مبادرات الجودة، وذلك سواء لتحديد فعاليتها أو لتوفير تغذية مرتدة لصانعي القرار على المستويات المحلية والعالمية. التقييم المدفوع بالبيانات يسهّل خلق أساس من الأدلة المحلية التي ربما يُعتبر أن لها علاقة أكثر وأنها تفرض نفسها بقوة أكبر سواء بالنسبة لصانعي القرار أو لموفري الرعاية عند خط المواجهة الأمامي.

على أساس الدروس التي وُصفت في هذا الفصل، وكذلك على أساس نموذج "التخطيط – العمل – المراجعة – التنفيذ" (تعمن) (انظر الفصل الثامن) يمكن رسم الخطوط الخارجية لعملية "تحسين الجودة كالتالي:

- تطرح المبادرة.
- تُستخلص آراء الأطباء والإداريين بالنسبة للمبادرة المطروحة لتأكيد الاهتمام بها على نطاق واسع.
- العمل على انتشار المبادرة.
- تقييم قيمة التدخل.
- استمرار المبادرة، أو تنقيحها أو إيقافها حسب نتائج التقييم.

بناء القدرة على أداء هذه التقييمات لتحسين الجودة أمـر يتطلـب التزامًـا جوهريًا بالمواد بواسطة منظمة الرعاية الصحية. تستخدم منظمة "مبرص" بـاحثين فى الخدمات الصحية، ومتخصصين فى الإحصاءات الحيوية، ومتخصـصين فـى الاقتصاد الصحى، وعلماء فى اتخاذ القرار والكمبيوتر، وكتابًـا طبيـين، وأفـرادًا آخرين، وذلك للمساعدة فى تقييم وانتشار نتائج مبادراتها لتحسين الجودة. كنتيجـة لقوة الأدلة المحلية، فإن القدرة على الاختبار الإمبريقى وتقيـيم المبـادرات عنـد "مبرص" بقيت متكاملة من أجل نجاح المنظمة. يوفر هذا النشاط الأساس لاختبـار من العالم الواقعى "تُختبر فيه مصداقية المبادرات والمنشآت فـى كـل مـستويات المنظمة، وهذا يمتد فعله ليضع الأساس لنشر واستدامة الممارسات الفعالـة، بمـا يؤدى إلى نتائج أفضل إكلينيكيًا وماليًا.

الاستنتـــاج

المنظمات الناجحة فى توصيل الرعاية الـصحية تـدرس الأداء العمليـاتى والتضمينات المالية المصاحبة للجـودة الإكلينيكيـة. بعـض تحـسينات الجـودة الإكلينيكية تجلب فى نفس الوقت انخفاضًا فى تكاليف مـوفرى الرعايـة؛ هنـاك حالات أخرى لا يكون فيها دور للتوفير إلا فقط على المدى الطويل أو أنه يحـدث فى جزء مختلف من منظومة الرعاية الصحية. عنـدما يـؤدى تحـسين الجـودة الإكلينيكية إلى زيادة تكاليف موفرى الرعاية (سواء على المدى القصير أو بـصفة دائمة)، ربما يحدث مع ذلك أن تصل استفادة المريض إلى قدر له أهميتـه بحيـث يستحق الأمر أن نحدد ونتعامل مع مجالات أخرى من عدم الكفاءة للتعويض عـن زيادة التكاليف.

التقييمات المحلية للكفاءة وتضمينات التكلفة لمبادرات تحسين الجودة تـوفر لصناع القرار وموفرى رعاية خط المواجهة الأمامى بيانات من "العالم الواقعى" لها علاقتها بالأمر، وتسهل أن يحدث تشرب أكبر وضمان أكبر لهم.

تُكلِّف منظومات الرعاية الصحية بتوفير رعاية أكثر ونتائج أفضل مع إنفاق موارد أقل، وبهذا تصنع تقييمًا أشد صرامة للتكلفة ولتضمينات الجودة لمبادرات التحسين الملحة. يمكن للعمل هكذا أن يساعد منظمات الرعاية الصحية على أن يكون استهلاك مواردها بأمثل وجه بدون وجود لنتائج إكلينيكية فيها حلول وسط للتسوية.

المراجـع

1. Reinertsen, J. L., M. Bisognano, and M. D. Pugh. 2008. *Seven leadership leverage points for organization-level improvement in health care*, 2nd ed. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement.
2. Corrigan, J. M., M. S. Donaldson, L. T. Kohn, S. K. Maguire, and K. C. Pike. 2001. *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century.* Washington, DC: National Academy Press.
3. Porter, M. E. 2010. What is value in health care? *New England Journal of Medicine* 363 (26): 2477–2481.
4. Glick, H. A. 2010. What's in a perspective? *Value Health* 13 (1): 2.
5. Gold, M. 1996. Panel on cost-effectiveness in health and medicine. *Medical Care* 34 (12 Suppl): DS197–199.
6. Ballard, D. J., B. Spreadbury, and R. S. Hopkins, 3rd. 2004. Health care quality improvement across the Baylor Health Care System: The first century. *Proceedings (Baylor University Medical Center)* 17 (3): 277–288.
7. Fleming, N. S., G. Ogola, and D. J. Ballard. 2009. Implementing a standardized order set for community-acquired pneumonia: Impact on mortality and cost. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 35 (8): 414–421.
8. Ballard, D. J., G. Ogola, N. S. Fleming, B. D. Stauffer, B. M. Leonard, R. Khetan, and C. W. Yancy. 2010. Impact of a standardized heart failure order set on mortality, readmission, and quality and costs of care. *International Journal for Quality in Health Care* 22 (6): 437–444.
9. Fleming, N. S., S. D. Culler, R. McCorkle, E. R. Becker, and D. J. Ballard. 2011. The financial and nonfinancial costs of implementing electronic health records in primary care practices. *Health Affairs* (Millwood) 30 (3): 481–489.
10. Stauffer, B. D., C. Fullerton, N. Fleming, G. Ogola, J. Herrin, P. M. Stafford, and D. J. Ballard. 2011. Effectiveness and cost of a transitional care program for heart failure: A prospective study with concurrent controls. *Archives of Internal Medicine* 171 (14): 1238–1243.

٧

الفصل الثالث عشر

دفع الرعاية بطريقة "ستيب" عبر منظمة متعددة المستشفيات

جون ب. ماك هورتر

مقـدمة

تمثل "ستيب" رعاية صحية ذات قيمة عالية بأقصى حد. منطق استمرار تحسين المعالجات واضح بذاته، إلا أن معدل سرعة اتخاذ تحسينات الرعاية معدل بطيء إلى حد التعويق. لماذا يستغرق الأمر عقدين من السنين للتوصل إلى روتين توصيل الأسبرين للمرضى الذين يصلون إلى المستشفى مع وجود ألم فى الصدر؟(١) ولماذا يُستغرق ما يزيد عن عقد من السنين للربط المتين بين غسل الأيدى وبين زيارات المريض ؟(٢) تكمن جذور الإجابات فى ثقافة التنظيم ومدى التفتح لتبنى الابتكارات.

حتى فى داخل منظمة "مبرص"، توجد بعض المستشفيات التى تتبنى الابتكارات على نحو أكثر تبكيرًا وأسرع من غيرها. ما الذى يجعل منظومة معينة للرعاية الصحية تتبنى الابتكارات فى وقت أكثر تبكيرًا ويكون البعض الآخر أكثر تلكؤًا ؟ الثقافة عمومًا تتأثر بالقيادة، إلا أن هناك العديد من الوسائل والتكنيكات المتاحة لحفز الناس على التغير. يصف هذا الفصل رحلة منظمة "مبرص" فى احتضان التغير وتبنى الابتكار.

بناء منصة التغيير

رئيس أعضاء فريق سباق سيارة "ناسكار" لديه وسائل عديدة لتعزيز أداء السيارة. هناك بالمثل مصفوفة من التكنيكات بزيادة معدل سرعة تبنى التغيرات

المتاحة لمنظمات الرعاية الصحية. من بين هذه الوسائل التي وجدت منظمة "مبرص" أنها وسائل قوية في رحلتها للرعاية بطريقة "**ستيب**" الشفافية، ووضوح الرؤية، والتنافس، والقياسات المشتركة، وإقامة الأهداف، والمكافأة والتقدير.

اتخذت منظمة "مبرص" أول خطواتها نحو الإسراع في تحسين الجودة عندما التزمت بالشفافية داخل المنظمة منذ أوائل سنوات الألفية الثانية. ظل لدى منظمة "مبرص" لزمن طويل ثقافة تؤكد على توصيل "الأنباء الطيبة"، ولكنها كانت تنفر من مناقشة الإخفاقات بطريقة ذات معنى. اتخذت القيادة التنفيذية قرارًا بأن تسجل التقارير علنًا وبشفافية وفيها قياسات أدائها الخاصة بها، وأن تقارن أيضًا الأداء بين المنظمات.

عندما أجريت المقارنات لأول مرة "للقياسات الجوهرية" "لمراكز خدمات الرعاية الطبية والمعونة الطبية "، وقورن بينها عبر كل مستشفيات "مبرص"، نتج عن ذلك صدمة لها قدرها عند الموظفين الطبيين الرئيسيين، وموظفات التمريض الرئيسيات، وغيرهم من الرؤساء. على أن الأمور في المستشفى لم تستغرق زمنًا طويلاً ليحدث في القاع منها أن يصل لقوة العمل فيه، أن المستشفى تحتاج إلى زيادة معدل سرعة التغير. لجان الحوكمة لأفراد الهيئة الطبية للعاملين كان لديها رد فعل مختلف، فاتخذت وضعًا دفاعيًا وتشككت في مصداقية البيانات. مع ذلك استغرق الأمر فقط ما يقل عن ستة شهور ليتمكن "من يحكّون و يكشطون القاع" من أن يرتفعوا للمراتب الأعلى.

يوجد نوع من الاتحاد بين هذه الشفافية وتلك الرابطة التي رسخت بين أداء القياسات الجوهرية وتعويض القادة (انظر الفصل الرابع) عند تركيز الاهتمام، في نطاق المنظومة كلها، على تحسين أداء القياسات الجوهرية، وقد أثمر هذا الاتحاد نتائج لها قدرها. في ٢٠٠٣ تم تقدير الأداء على نطاق كل منظومة "مبرص" فيما

يتعلق "بحزمة" القياسات الاثنى عشر للاحتشاء الحاد للقلب، وقُيم بأنه يتم بنسبة ٨١%، وهى نسبة جيدة نسبيًا عند مقارنتها بالمستشفيات فى كل الدولة. بحلول ٢٠٠٧، تحسن الأداء إلى نسبة ٩٤%، وبحلول ديسمبر ٢٠١٢، وصلت نسبة الأداء إلى قمة من ٩٨%. بل تم إنجاز تحسينات أكثر درامية فى أداء القياسات الجوهرية لحالات هبوط القلب والالتهاب الرئوى، وكانت بدايات الأداء كلّها بمنظمة "مبرص" منخفضة إلى حد له قدره. فى ٢٠٠٣، اقتصرت منظمة "مبرص" على أن تقدم المجموعة الكاملة لعشرة من القياسات الجوهرية المؤسسة على الأدلة فى حالات هبوط القلب، وذلك بنسبة ٥٥% فقط طول الوقت – وهو ما يكاد يبلغ ما يماثل نسب احتمالات نقف العملة. بحلول ٢٠٠٧، نجد أن أداء القياسات الجوهرية على نطاق المنظومة كلها وصل إلى أداء مرتفع بنسبة ٨٦ فى المائة، وبحلول ٢٠١٢ أصبح ٩٧% من كل مرضى هبوط القلب المؤهلين يتلقون كل إجراءات الرعاية العشرة الموصى بها. بالنسبة لرعاية الالتهاب الرئوى، واجهت منظمة "مبرص" تحديًا مزدوجًا، حيث إنها بدأت عند مستوى أداء أقل من ٥٠ فى المائة، وكذلك أيضًا قد اتسع عدد القياسات المضمنة فى مجموعة القياسات الجوهرية ليزيد من ٥ إلى ١٢ فيما بين ٢٠٠٣ إلى ٢٠٠٧، على أن الأداء تحسن هنا أيضًا بما يماثل ما سبق، وأصبح ٩٨ فى المائة من مرضى الالتهاب الرئوى الذين يُدخلون فى مستشفيات "مبرص" يتلقون فى ٢٠١٢ كل عمليات الرعاية الموصى بها. هناك مجال رابع تغطيه القياسات الجوهرية وهو الرعاية الجراحية لمنع التلوث بالعدوى. أداء "مبرص" هنا بالنسبة لحزمة القياسات العشر قد تحسن من ٧٥ فى المائة فى ٢٠٠٦ ليصل إلى ٩٥ فى المائة فى ٢٠١٢.

الخطوة التالية لمنظمة "مبرص" فى بناء منصة لتحسين الجودة هى أن تجعل هناك أولوية مرتفعة للجودة وتحسينها، وذلك أثناء اجتماعات الحوكمة

والاجتماعات التنفيذية. أصبحت الجودة روتينيًا بندًا فى قمة جدول الأعمال فى كل اجتماعات الهيئة العاملة الطبية، واجتماعات التنفيذيين، واجتماعات الحوكمة، حيث يتم نقاشها والجدل بشأنها.

ثالثًا، أدركت منظمة "مبرص" قيمة المنافسة الودية كقوة دافعة للجودة، وأنشأت أنواعا شتى من برامج منح الجوائز التنافسية والتقدير للإنجازات فى تحسين الجودة، والحصول على نقاط أكثر عند قياس رضاء المريض، واستخدام وسائل تنفيذ جديدة للجودة والأمان.[٣] تتاح الجوائز على مستويات المستشفى وكذلك أيضًا على مستويات المنظمة، ويتم تشجيع المنافسة الودية بين الأقسام.

المنافسة شجعت الابتكار حيث إن المستشفيات والأقسام جاهدت حتى تكسب أو تبقى على ما تناله من الميزات بالطرائق الجديدة لحل المشاكل وتحسين الجودة. مشكلة هذه الطريقة للمقاربة أنها تتبنى إنشاء ثقافات وحلول فريدة داخل كل مستشفى كان يمكن أن تتكرر بنجاح عبر كل منظمة "مبرص"، وهذا ينتج عنه ازدواج الجهد. تم التوصل إلى قرار باتخاذ حلول مشتركة باستخدام لغة مشتركة عبر المنظومة كلها، وقبل أن يتم تخصيص الموارد أو الموافقة على مشروعات المستشفى، يكون على المستشفى أو فريق العمل أن يُقنع صناعى القرار بأن برنامجهم هذا يمكن أن يعاد تنفيذه عبر كل المستشفيات إذا نجحت الدراسة الاستطلاعية. أدى ما نتج من تنسيق إلى فهم مشترك للحلول وتسارع تبنى برامج ناجحة بالنطاق الواسع للمنظمة كلها.

إشعال السباق

رحلة منظمة "مبرص" للرعاية بطريقة "**ستيب**" يمكن النظر إليها على أنها مراحل فى سباق: بعد كل مرحلة، تُمرر عصا السباق إلى متسابق جديد. الشفافية

والمنافسة أفادت منظمة "مبرص" جيدًا، وكأنهما يشكلان الساق الأولى لمراحل السباق، ولكن لو أننا توقفنا عند هذه النقطة، لتباطأ التقدم، ليتوقف فى النهاية. الساق الثانية لمراحل السباق هى إدراك قواد منظمة "مبرص" للحاجة إلى توفير "وقود" للإبقاء على حركة المتسابقين فى الجرى. تم إنجاز ذلك عن طريق قياس الأداء، وحوافز التعويض، ووضع الأهداف (انظر الفصل الرابع). مع نضج هذه المعالجة تحولت الأفكار إلى الساق الثالثة للسباق، والحاجة إلى مساعدة فرق العمل ذات الأداء المنخفض. تجرب حاليًا منظمة "مبرص" طرائق مختلفة لمكافأة أصحاب الأداء المرتفع حتى يساعدوا أصحاب الأداء المنخفض على تحسين نتائجهم.

التشارك فى أفضل الممارسات

بالإضافة إلى المشاركة الشفافة ومقارنة بيانات الأداء عبر منشآت منظمة "مبرص"، فإن المنظمة تضع علامات قياس لأدائها إزاء أداء ما يوجد عبر الدولة من منظمات أخرى للرعاية الصحية ذات الأداء المرتفع. يوجد الآن القدر الكثير من بيانات الأداء والأدبيات الأكاديمية التى يسهل التوصل لها وبحثها "على الخط"، وهكذا يكون من المستطاع بسرعة تحديد أفضل الممارسات ومقارنتها. تقيم منظمة "مبرص" سنويًا اجتماع قمة للجودة، وتحافظ على الإبقاء على بيان مفصل يسهل البحث فيه عن أفضل الممارسات التى نجحت فى منظمة "مبرص"، وتقدم تقريرًا سنويًا إلى "لجنة الأمناء" عن أفضل الممارسات. تقدم منظمة "مبرص" أيضًا جائزة رئيس سنوية فى كل مستشفى تقديرًا لأفضل الممارسات والإسهامات المبرزة لرعاية "ستيب". كما تقدم جوائز شهرية للتنفيذيين الرئيسيين حيث يتم التقدير بالإقرار بالفضل لما يصل إلى ٢٤ فردًا أو فريق عمل لإسهامهم فى أفضل الممارسات.

أعظم تحول لدى منظمة "مبرص" لتسهيل رحلتها فى رعاية "ستيب" هو ما حدث ابتداء من مستوى الفرد لما هو أعلى – التحرك من منظور فعل الأشياء "بطريقتى أنا" إلى فعلها بطريقة المنظمة. يتطلب هذا تغيرًا كاملاً فى الموقف. شجعت منظمة "مبرص" هذا التحول بواسطة أن توصل معًا، فى كلا اتجاهى الطريق، الأهداف والإستراتيجية: أهداف على مستوى المنظمة فى مجالات الأفراد، والخدمة، والجودة، والماليات تنحدر فى تسلسل لأسفل حتى الموظفين الفرديين، بينما يكون على الأفراد، والأقسام، والمنشآت أن تقدم خططًا وأهدافًا للفعل تتم مراجعتها وتعديلها لتكون فى خط متسق مع أولويات المنظومة. كان هناك نضال للتغلب على المقاومة، إلا أنه تم استئصالها عن طريق الاجتماعات الفردية، وجلسات لتقييم الأداء، وتدريبات لبناء أسلوب العمل فى فريق، وصنع مقارنات بعلامات للقياس. أُدخل عامل المرونة فى بناء المنظمة لتشجيع ارتفاع الأداء والابتكار. من المطلوب من الأفراد، والأقسام، والمستشفيات أن تُستخدم وسائل مفوض بها من المنظمة، حتى يصل الأداء عندهم إلى علامة قياس مستهدفة، وبمجرد أن يتم اجتيازهم لهذا الهدف، يُرخص لهم بأنهم يجربون طرق مقاربة أخرى.

الدروس المستفادة

تعلمت. منظمة "مبرص" دروسًا كثيرة وهى تسعى لأن تدفع التحسين عبر كل منشآت مستشفياتها المتعددة والمتباينة، وفيما يلى أوثقها صلة بالموضوع:

١- يجب خلق الحس بوجود عامل من إلحاح سريع.

الإلحاح السريع قد يكون مدفوعًا بالألم، أو الخوف، أو المكافآت، أو سعى الأفراد للتقدير، على أنه يجب خلق دافع للتغيير. خلقت منظمة "مبرص" هذا

الدافع باستخدام منافسات ودية، وعلامات قياس، ومكافآت، وتقدير للفضل، وأن تُفقد المكافأة عن طريق استخدام برنامج مكافأة الأداء. فى الحالات المتطرفة كان يطلب من الأفراد أن يغادروا المنظمة إذا كانوا لا يستطيعون الإيفاء بالأهداف.

٢- الرؤية يجب أن تكون بسيطة فى شرحها وبسيطة فى فهمها. الرؤية التى لا يمكن توصيلها بوضوح لأبسط مستوى من الأعضاء العاملين، لا تكون رؤية مشتركة. ينبغى أن يكون لكل عضو فى هيئة العاملين القدرة على إنشاء أحد الأهداف وما يصحب ذلك من خطة إستراتيجية تتلاءم مع الرؤية.

٣- يجب ألا يُبخس أبدًا من تقدير قوة الإقرار بالفضل.

وكما اعتاد أن يقول كوينتون ستودر (مؤسس ورئيس لجنة مجموعة ستودر، "لم يحدث قط أن اشتكى أحد من أن يتلقى إقرارًا بفضله بدرجة أكثر مما ينبغى ". الإقرار بالفضل قد يكون قليل التكلفة لحد بالغ؛ مثل تقدير علنى فى اجتماع لجنة، أو فى حدث جماهيرى، أو اجتماع لمدير قسم. إرسال خطاب مكتوب إلى منزل أحدهم أو تبرع لمشروعه الخيرى المفضل، قد يصل إلى مدى بعيد فى تأكيد العمل الجيد. عند الإقرار بفضل الأبطال والمبكرين فى الأداء فى منظمتك الخاصة، فإنه يمكن بواسطة ذلك خلق الربط بين السلوك المطلوب وتبنى اتخاذ البرامج.

٤- احصُد مكاسب صغيرة واستخدمها لحفز منافسة ودية.

النجاح المبكر يوفر الدافع للاستمرار والتوسع فى تبنى إحدى المبادرات. عندما يكون الهدف النهائى مما لا يمكن إنجازه إلا على المدى الطويل، فإن معالم المراحل المتوسطة يمكن أن توفر "مكاسب" مبكرة. الإنجازات التى يتوصل لها

المتبنون المبكرون للعمل يمكن أن تذاع بواسطة المنظمة وأن تُستخدم لخلق منافسة صحية ودافع للآخرين للتغير. كمثل لذلك، فإن إحدى مستشفيات منظمة "مبرص" أنشأت ونفذت "حزمة" عن الإنتان بالتلوث أدت إلى تحسين الأداء على نحو درامى فيما يتعلق بقياسات الجودة فى التحكم بالإنتان بحيث إنه عندما أُعلن جهرًا عن نتائج ذلك خلال كل المنظمة، فإن المستشفيات الأخرى لمنظمة "مبرص" رغبت فى تنفيذها للتوصل إلى النجاح نفسه.

٥- حدِّد أوجه الخلاف وتعامل معها.

كل تغيير يكون له من يقاومونه. عندما يتم إثبات أن مقاومتهم ليست مبنية على أسس حقيقية للانشغال بشأن نتائج غير مقصودة للتغير المقترح، فإنه يجب إفهام المقاومين أن هذا التغيير غير قابل للمساومة. صاغت إحدى مستشفيات "مبرص" هذه المعالجة، مما أدى إلى خلق قائمة من التغييرات التى لا تقبل المساومة يوقّع عليها كل موظف كجزء من الاتفاق على توظيفه أو توظيفها.

المراجع

1. Stafford, R. S., V. Monti, and J. Ma. 2005. Underutilization of aspirin persists in U.S. ambulatory care for the secondary and primary prevention of cardiovascular disease. *PLoS Medicine* 2 (12): e353.
2. Haas, J. P., and E. L. Larson. 2008. Compliance with hand hygiene guidelines: Where are we in 2008? *American Journal of Nursing* 108 (8): 40–44; quiz 45.
3. Furman, C., and R. Caplan. 2007. Applying the Toyota Production System: Using a patient safety alert system to reduce error. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 33 (7): 376–386.

الفصل الرابع عشر

دفع الرعاية بطريقة "ستيب" عبر شبكة توفير الأطباء

كارل إ. كوتش، وف. دافيد وينتر، وويليان ل. روبرتس

مقـــدمة

تنظيم المستشفى والأطباء فى مستشفى أمر ضرورى لتحسين جودة الرعاية الصحية وتوصيل الرعاية بطريقة "ستيب". أسست منظمة "مبـــرص" فــــى ١٩٩٤ "شبكة توفير الصحة لتكساس"، وهى منظمة لتوفير شبكة أطباء كخطوة تجاه منظمة متكاملة لتوصيل الرعاية الصحية: هذه الشبكة هى منظمة أطباء تتشكل من عـــضو مفرد (حيث منظمة "مبرص" هى العضو المفرد)، وقد تـــشكلت حـــسب اســـتثناء "اللائحة الممارسة الطبية لتكساس " إذ تستثنيها من الحظر الذى فرضـــته الولايـــة على الممارسة التعاونية للطب فيما بين المنظمات التى يكون منظموها، ومجلـــسها وقوادها التنفيذيون من الأطباء.[١] فى السنوات التسع عشرة منذ إنـــشائها، كانـــت شبكة موفرى الصحة لتكساس قد أرست بناء سمعتها كمنظمة عالية الجودة، يقودها الأطباء، وتتمحور على المريض، مع خبرة واسعة فى معالجة لممارسة، ولائحـــة قوية لسلوك أطبائها وموظفيها. فى ٢٠١٣، أصبحت هذه الشبكة تضم ٧٨ مركـــزًا للرعاية الأولية و ١٢٩ مركزًا للرعاية المتخصصة تـــشمل: ٩ مراكـــز للعـــلاج النفسى الطبى، و٧ برامج لأتباع المذهب الاستشفائى، وثلاثـــة وحـــدات للرعايـــة الحرجة للحالات الرئوية، و١٣ عيادة متفوقة لأمراض الكبد، وثلاثة عيادات رفيعة المستوى لهبوط القلب، وثلاثة مراكز لصحة المسنين، و ٣١ موقعا لرعاية حـــالات أمراض الجهاز الدورى، وأربعة مراكز للتصوير المقطعي المحوســـب، ومركـــز للتصوير بالرنين المغناطيسى، وبرنامج مقر لممارسة طب الأسرة.[٢]

باعتبار أن كلاً منهما وحدة تتكامل إلى حد رفيع، فإن شبكة موفرى الصحة لتكساس ومنظمة "مبرص" تتشاركان فى التفانى نفسه بالنسبة لتحسين الجودة وإرضاء المريض، وممارسة الطب المبنية على الأدلة. تلتزم "شبكة موفرى الصحة لتكساس" بمحورية المريض – أى أداء الشيء الصحيح للمرضى وأدائه جيدًا – وقد أدى هذا الالتزام إلى تحسينات لها قدرها فى الطب الوقائى للراشدين، والتعامل مع المريض، وكذلك أيضا فى التنسيق الفعال والكفء للرعاية فى كل مراحل حياة المرضى. رحلة "شبكة موفرى الصحة لتكساس" رحلة مستمرة لتوفير الرعاية بطريقة "**ستيب**" ويدعم هذه الرحلة بنية للجنة تتخذ أسلوب عمل الفريق، والتعاون، والحس بالمشاركة بين القادة، والأطباء، والمرضى، والإدارة، وهيئة العاملين.

تم فى ٢٠١١ و ٢٠١٢ الإقرار بأن "شبكة موفرى الصحة لتكساس" تستحق الفوز بدون تصويت بجائزة الإطراء من "جمعية المجموعة الطبية الأمريكية"، وهى جائزة تقر بفضل منظمات الرعاية الصحية التى تعتنق أهداف "المعهد الطبى" للعمل على التحسين وتتخذ الخطوات اللازمة لأن تصبح منظماتها أكثر قربًا للتوصل إلى نظام الرعاية الصحية المثالى:

(١) فتحسّن على نحو قابل للقياس من جودة الرعاية وقيمتها.

(٢) تحسن من خبرات المريض ونتائجه.

(٣) وتواصل التعليم والابتكار.

(٤) تحسن من صحة السكان.[٣]

التنظيم والبنية التحتية لتحسين الجودة

"شبكة توفير الصحة لتكساس" شبكة يقودها الأطباء وتعمل بنيتها التنظيمية وحوكمتها لتشجيع الأطباء على أن يروا أنفسهم كجزء من الكل وأن يتم استثمارهم

فى أداء مستمر للتحسين. يوجد تقريبًا نسبة من ٧٠ فى المائة من الأطباء من "شبكة توفير الصحة لتكساس" فى واحدة على الأقل من لجان التنظيم أو الحوكمة إما كقادة أو كأعضاء، وهكذا فإن تكوين اللجنة يوفر تشكيلاً نشطًا يمكن الأطباء بواسطته من التأثير فى تلك العمليات التى تجرى فى منظمات رعاية الصحة مثل التكامل الإكلينيكى، وجهود إعادة تصميم عمليات أشغال البيزنس، والتخطيط الإستراتيجى. هذه المشاركة فى منظمة الرعاية الصحية بالمعنى الأوسع تشجع على وجود وجهة نظر تمتد لما يتجاوز أسوار الممارسة المحددة التى يوفر الأطباء الرعاية داخل نطاقها. ثقافة "شبكة توفير الصحة لتكساس" بما فيها من تعاون وتحسين الجودة، ترعاها بنية لمجلس ولجنة تتطلب التالى:

(١) اشتراك الأطباء.

(٢) التزام قوى للقيادة العليا بتحسين جودة الرعاية التى يتم توصيلها للمرضى.

(٣) وجود الرغبة عند القواد فى كل من المجموعة الطبية ومنظومة المستشفى لأن يتم استثمار أفراد كل منهما بالبنية التحتية للآخر.

(٤) إجراء عملية تجنيد وحشد للأطباء تؤكد أسلوب عمل الفريق للتعامل مع احتياجات كل مريض.

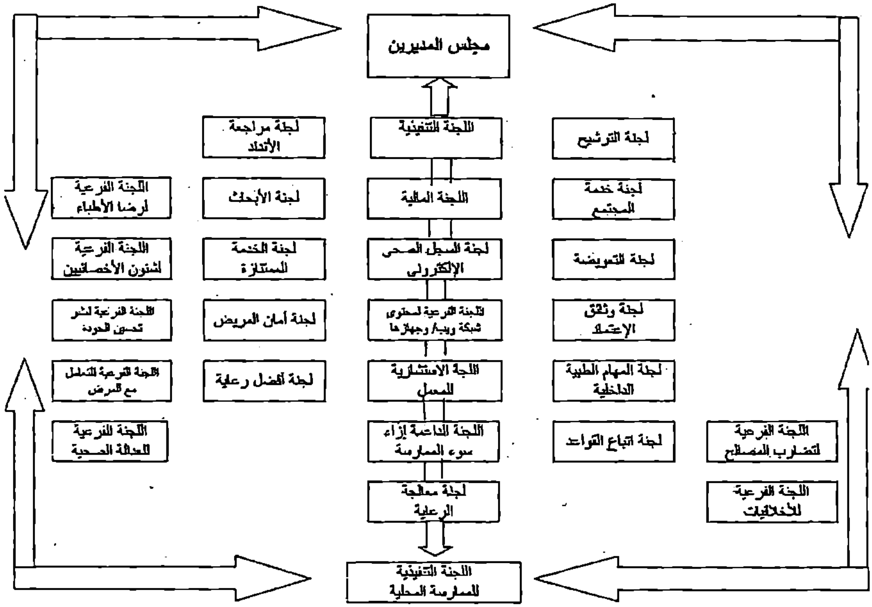
بنية المجلس واللجنة

مجلس المديرين "لشبكة توفير الصحة لتكساس" يصدر القرارات لأشغال البيزنس الروتينية ويشرف على النواحى الطبية للممارسة. القوانين الداخلية "لشبكة توفير الصحة لتكساس" تتطلب أن أطباء الرعاية الأولية (ممارسى طب الأسرة، وأطباء الباطنة، وأطباء الأطفال) يشكلون ٦٠ فى المائة من أعضاء المجلس. تتضمن أنشطة المجلس الموافقة على الميزانيات، وتعيين الموظفين التنفيذيين،

ومتابعة تنفيذ الشبكة، ومنح وثائق اعتماد الأطباء، وإرساء سياسات التعامل الطبى وضمان الجودة، وتنفيذ خطط المشاركة فى الأخطار وخطط الحوافز.

قرارات المجلس تدعمها بنية لجنة تعزز عمل الفريق وتمكّن الأطباء من أن يقوموا بدور نشط فى الإدارة، وتساند بقاء الاتصال فى اتجاهى الطريق بين المجلس ومستويات مواقع الرعاية (شكل ١٤،١). شُكلت أكثر من ٢٥ لجنة ولجنة فرعية بقيادة الأطباء للتعامل مع كل جوانب إدارة الممارسة وتوصيل الرعاية الصحية، ابتداء من الماليات والأخلاقيات ووصولا للأبحاث، وأمان المريض، والسجلات الإلكترونية المتنقلة للصحة. بالإضافة للمعدل المرتفع لمشاركة الأطباء فى هذه اللجان، فإن "شبكة توفير الصحة لتكساس" تجند ممثلين للمرضى للوصول إلى معرفة وجهة نظرهم عن جهود تحسين الجودة.

كبار القواد من"شبكة تكساس لتوفير الصحة"، ومن منظمة "مبرص" يساهم كل منهم بنشاط فى بنية حوكمة المجموعة الأخرى. وكمثل، فإن كلاً من الرئيس والموظف الإكلينيكى الرئيسى فى "شبكة توفير الصحة لتكساس" يعمل فى "مجلس الحوكمة لطريقة رعاية "**ستيب**" فى منظمة "مبرص". كما أن رئيس "شبكة توفير الصحة لتكساس" يعمل أيضًا فى مجلس الأمناء واللجنة التنفيذية لمنظمة "مبرص". فى مقابل ذلك، فإن الموظف التنفيذى الرئيسى فى منظمة "مبرص" هو وموظفيها الماليين والعملياتيين، وكذلك العديدون من رؤساء مستشفيات "مبرص"، كلهم يحضرون بانتظام اجتماعات "مجلس " شبكة توفير الصحة لتكساس. تبادل استثمار التوظيف فى البنية التحتية لكل منهما يؤدى إلى الارتقاء بالمسئوليات والتعاون عبر كل أوضاع الرعاية، وفى هذا إستراتيجية مهمة لبناء مجموعة طبية ذات أداء رفيع.



شكل ١٤،١ بنية لجنة "شبكة توفير الصحة لتكساس"

لجنة أفضل رعاية

فى ١٩٩٩ أسست "شبكة توفير الصحة لتكساس" لجنة للجودة (تُعرف الآن بأنها لجنة أفضل رعاية) وذلك لوضع الأهداف لتحسين الرعاية الإكلينيكية، وجمع البيانات، وتنفيذ الأهداف المتعلقة بالقياسات الوقائية والقياسات التشخيصية المبكرة، وتوصيل التعامل بامتياز مع الأمراض المزمنة. "لجنة أفضل رعاية" وقد دُفعت بنداء المعهد الطبى "لتوفير الرعاية بطريقة "**ستيب**"[٤]، فإن اللجنة تناضل لتحسين جودة رعاية المريض عند كل مستوى فى التنظيم. يرأس اللجنة قائد طبيب وهى تتشكل من المرضى، وتنفيذيين أصحاب أسهم للمشاركة، وأطباء من شتى مواقع الرعاية داخل "شبكة توفير الصحة لتكساس". الأغراض المحددة للجنة هى

(١) أن توفر للأطباء بيانات يعتمد عليها تمكّنهم من تحديد أفضل الممارسات والفرص للتحسين.

(٢) تنفيذ معايير الرعاية المبنية على الأدلة فى النطاق الواسع للمنظمة.

(٣) الارتقاء بالرعاية الإكلينيكية عن طريق إنشاء المعايير والبروتوكولات.

(٤) تجنيد المرضى للعمل كأعضاء فى اللجنة ليوفروا المُدخل والتغذية المرتدة فيما يتعلق بمشروعات الجودة.

قسم الامتياز فى الأداء الإكلينيكى

هناك "قسم بشبكة توفير الصحة لتكساس" للامتياز فى الأداء الإكلينيكى"، وقد أنشأ هذا القسم دليلاً موجزًا للمهارات الإكلينيكية لضمان وتعزيز الامتياز الإكلينيكى داخل "شبكة توفير الصحة لتكساس". يقدم القسم البرامج التالية على أساس منتظم، لتحسين جودة الرعاية التى يوصلها أطباء شبكة توفير الصحة لتكساس:

- **توجه المهارات الإكلينيكية**: فصل دراسى ليوم كامل للمهارات الإكلينيكية يتناول تعليمات تعليمية وعروضًا عملية مختارة لعشرين من المهارات الإكلينيكية الأكثر استخدامًا فى عيادات شبكة توفير الصحة لتكساس.
- "**بؤر الاهتمام الأربع**": دروس خصوصية تُلقى خلال ساعات وجبة الغداء وتغطى مجالات المهارات الأربعة الحاسمة التالية

(١) أداء رسم القلب الكهربائى.

(٢) قياس ضغط الدم.

(٣) حقن العلاج.

(٤) غسل الأيدى.

- **"تمرين المدرب"**: برنامج صُمم ليضع داخل شبكة توفير الصحة لتكساس موظفًا إكلينيكيًا يساعد فى الفحص الدورى السنوى المطلوب لمراجعة المهارات لكل عيادة. هذا البرنامج يتيح الفرص لكل مدرب لأن يدرس المهارات الحاسمة أثناء الفصل الدراسى للتدريب.

- **زيارات الموقع**: إتاحة ممرضة متدربة مسجلة إكلينيكيا للزيارات الإكلينيكية حتى تقيّم هيئة العاملين الإكلينيكية والعمليات بهدف تحسين النتائج الإكلينيكية داخل شبكة توفير الصحة لتكساس.

- **القوة العاملة فى مهام التمريض**: يمثّل هذا قطاع مستعرض لعيادات شبكة توفير الصحة لتكساس، ويجتمع الأعضاء شهريًا لمناقشة القضايا الإكلينيكية للتمريض ومراجعة وتحديث سياسة التمريض.

تجنيد الأطباء

يلعب تجنيد الأطباء دورًا مهمًا فى الحفاظ على ثقافة شبكة توفير الصحة لتكساس من حيث محورية المريض وتحسين الجودة. جهود الشبكة لتجنيد الأطباء تركز على العثور على الأطباء الراغبين فى الالتزام بالقيم المشتركة، والعمل كفريق لرعاية المرضى، والمشاركة فى أفضل الممارسات لإدارة شئون مواقعهم للرعاية. يُطالب الأطباء بالتوقيع على لائحة للسلوك[٥] (شكل ٢،١٤) تمثل خصائص ثقافة موحدة بمسئولية مشتركة بين كل أطباء شبكة توفير الصحة لتكساس. أطباء الشبكة عندما يوافقون على هذه اللائحة للسلوك، يؤكدون على التزامهم بالكفاءة، والجدارة بالثقة، والتوقيتات المناسبة للرعاية، والزمالة، والكياسة والمجاملة، ومحورية المريض. ما إن ينضم الأطباء للشبكة حتى يتم توجيههم بالنصح من الأطباء الخبراء لبناء العلاقات عبر مواقع ممارسة الرعاية.

جهود شبكة توفير الصحة لتكساس تدفعها رؤية تشترك فيها مع منظمة "مبرص" وفيها تكامل إكلينيكى، ومعايرة، وكفاءة، وتنسيق للرعاية، ومسئولية عبر كل الأوضاع. بتطبيق إطار طريقة "**ستيب**" كمرشد، أنشأت الشبكة ونفذت مبادرات جودة من أنواع شتى (جدول ١٤،١). هناك ما يُبذل من جهود لضمان توصيل خدمات الوقاية الصحية للراشدين، وتوحيد الصفوف فى اتساق مع نموذج جديد للرعاية الأولية التى تتمركز على المريض، وإدخال التحسينات فى تنسيق الرعاية المتنقلة، وهذه كلها مجرد أمثلة قليلة، خلال الرحلة المتصلة لشبكة توفير الصحة لتكساس، من أجل خلق نموذج مثالى لتوصيل الرعاية الصحية. تُدفع كل جهود الشبكة تجاه الانسياب السلس لخبرة ممارسة المريض وتحسينها، وذلك بواسطة وضع علامات للقياس، وجمع البيانات، وقياس التقدم إزاء المعايير الداخلية ومعايير المهنة.

خدمات الوقاية الصحية للراشدين

شبكة توفير الصحة لتكساس لها مبادرة عبر سنين متعددة وبأوجه متعددة لتحسين توصيل الخدمات الوقائية للراشدين، وقد تم وصفها فى الفصل العاشر. أجريت فى ٢٠٠٥ دراسة بالتبصر وراء ما سبق أن حدث، وقدرت هذه الدراسة أنه مع إجراء التحسينات فى توصيل الخدمة الوقائية، تمكنت الشبكة من توقى ٣٦ حالة وفيات و ٩٧ حدثًا من السرطان، و ٤٢٠ من أحداث مرض الشرايين التاجية (بما فى ذلك ٦٦ حالة وفاة مفاجئة) و ١١٨ حالة من السكتة الدماغية، و٨٧ حالة من الكسور المتعلقة بالعظام المسامية.[٦]

العلاقة بهيئة العاملين

- معاملة أفراد هيئة العاملين بتوقير واحترام.
- العمل على قيادة فريق يلاحظ فيه من يوجدون من حولنا ما لدينا من الفلسفة، والتكامل، والالتزام، والتعاطف، والرعاية.
- بذل الجهد لجعل الآخرين فى حال أفضل بأن نتوقع من أنفسنا ما هو أكثر.
- التأثير والاتصال بمن يكونون حولنا بطريقة إيجابية وتعاونية.
- إبداء الشكر والإقرار بالفضل لأولئك الذين يتيحون لنا أن نفعل ما نفعله.
- البحث عن الفرص لأداء الأمور على نحو أفضل.
- الاستماع لمُدخلات الآخرين واتخاذ دور بتملك نشط لتنفيذ التغيير.
- القيام بالتعليم بدلاً من النقد.
- العمل على أن نكون قوادًا ينالون الاحترام بسبب تصرفاتهم.

العلاقة بالأطباء

- معاملة زملائنا باحترام.
- التواصل بفعالية أحدنا مع الآخر لتعزيز استمرار الرعاية وجودتها.
- البحث عما هو جيد فى الآخرين وشارك فى هذه الآراء مع المرضى لتحسين الإدراك والخبرة مع أطباء الرعاية الأولية والتخصصية فى شبكة توفير الصحة لتكساس.
- تبنّى روح التعليم والتعلّم أحدنا مع الآخر.

- البحث عن الفرص ليجعل كل منا الآخر فى حال أفضل.
- ألا يحدث أبدًا أن ننتقد علاج أو تصرفات طبيب آخر بين أفراد هيئة العاملين أو المرضى، وإنما يُنظر إلى الاختلافات كفرص للتحسين.
- تشجيع روح المرح والتفاعل بين الزملاء سواء فى داخل أو خارج مكان العمل.
- تمجيد تفرد الآخرين.
- معاملة الزملاء بالطريقة التى نحب أن يعاملونا بها.
- تقديم المعونة عندما ينبغى أن يحتاج لها أحدهم.

العلاقة بالمرضى

- معاملة المرضى بتوقير واحترام.
- معرفة شئون الشخص المريض بمثل معرفة حالته.
- العمل معًا مع مرضانا كفريق.
- بذل الجهد لجعل كل مريض يشعر وكأنه مريضنا الوحيد.
- جعل المرضى يشعرون أننا دائمًا فى صفهم؛ لأن الرعاية الفعالة لا يمكن قط توصيلها باتخاذ جانب المعارضة.
- المشاركة، والاستماع، وشرح القضايا لمرضانا بوضوح بحيث يزيد الوقت الذى يقضونه معنا عن توقعاتهم.
- تعلّم الرد السريع على النداءات الهاتفية.
- شكر المرضى على انتظارهم، إذا كنا قد حضرنا متأخرين.
- اكتساب ولاء المرضى عن طريق سلوكنا.

(شكل ١٤،٢)

لائحة سلوك الأطباء بشبكة توفير الصحة لتكساس

(جدول ١٤،١)

مبادرات شبكة توفير الصحة لتكساس وقد نظمت في خط متسق مع مجالات رعاية "ستيب"

مجال رعاية ستيب	أمثلة المبادرات
الأمان	التدريب على المهارات الإكلينيكية والتحقق منها، تسجيل التقارير عن أحداث المريض.
التوقيت المناسب	تقديم الرعاية العاجلة بعد ساعات العمل بواسطة معظم مواقع الرعاية الأولية، إعطاء مواعيد بـ نفس اليوم.
الفعالية	خدمات الصحة الوقائية للراشدين، برنامج التعامل مع المريض، نداءات دور المسنين، استخدام ممارسات رعاية معايرة.
الكفاءة	تسجيلات الصحة إلكترونيًا، حسابات مدققة مؤتمتة وتسجيل تقارير تحسين الجودة، معايرة الإمدادات الطبية.
العدالة	عيادات على امتدادات بعيدة لحالات الكبد، والكلى، وهبوط القلب.
التمركز على المريض	دور طبية تتمحور على المريض، تنسيق الرعاية المتنقلة، تخطيط طبى رفيع المستوى لجماعات المسنين من السكان.

دور طبية يكون المريض مركزها

الدار الطبية التى تتمركز على المريض نموذج للرعاية الصحية فى القرن الحادى والعشرين التى تجمع معًا بين طريقة عمل الفريق، وسهولة التوصل للرعاية، والتكنولوجيا لتوصيل الرعاية ذات الجودة وتحسين الصحة. تكتسب هذه الدور بسرعة الدعم عبر كل مهنة الرعاية الصحية باعتبار أنها مقاربة لجعل الرعاية الصحية أكثر شخصانية، وتناسقًا، وفعالية، وكفاءة. أساس هذا النموذج من الدور الطبية التى تتمركز على المريض هو أن يكون لكل مريض علاقة بإكلينيكى

للرعاية الأولية يقود فريقًا يأخذ على عاتقه المسئولية الجماعية لرعاية المريض، ويوفر للمريض احتياجاته للرعاية الصحية، وينظم الرعاية الملائمة مع الإكلينيكيين الآخرين المؤهلين. يعمل الأخصائيون أيضا فى هذه الدور الطبية عندما يوافقون على تغطية كل جوانب رعاية المريض، بما فى ذلك التحصينات المناعية والخدمات الوقائية. يؤكد هذا النموذج أيضا على تنسيق الرعاية الذى تسهله تكنولوجيات المعلومات الصحية، والجودة والأمان بما فى ذلك استخدام الطب المبنى على الأدلة، وزيادة إمكان التوصل للرعاية، وإعطاء تعويض مبنى على الإقرار بالقيمة المضافة بواسطة الدار الطبية.(٧)

الأساس القوى لهذه الدور الطبية فى الرعاية الأولية والوقاية قد أدى إلى إعادة تصميم ناجحة لمواقعها للرعاية لدعم نموذج هذه الدور. هناك ستون عيادة للرعاية الأولية فى شبكة توفير الصحة لتكساس، تمثل أكثر من ٣٠٠ من موفرى الرعاية، وقد تلقت إقرارًا بتخصيصها كدور طبية تتمركز على المريض، وهو تخصيص تمنحه "اللجنة القومية لضمان الجودة".(٨) معايير هذه اللجنة تمثل واحدًا من أوسع برامج التقييم الأساسية للدور الطبية المتمحورة على المريض". معايير "اللجنة القومية لضمان الجودة" فى ٢٠١١ (والتى تم اتباعها بعد الاعتراف بالدور الطبية المتمحورة على المريض التى تحوزها شبكة توفير الصحة لتكساس، وإن كان عليها أن تخضع للتجديد) هى معايير تنتظم وثيقًا فى خط متسق مع عناصر المراكز الفدرالية "لخدمات الرعاية الطبية والمعونة الطبية" من حيث ما تتطلبه لاستخدامها استخدامًا "له مغزاه" للتسجيلات الصحية الإلكترونية والتأكيد على استخدامها لممارسات الرعاية على نحو منهجى متسق ومتمحور على المريض. أدى الإيفاء بمعايير اللجنة القومية لضمان الجودة التى تتعلق بهذه الدور الطبية، إلى الإسراع بجهود إعادة التصميم فى نطاق ممارسات شبكة توفير الصحة

لتكساس لتحسين خبرات المريض، كما أدى إلى دمج عناصر رئيسية للتعامل مع المجموعات الإحصائية للمرضى، بما فى ذلك التخطيط لما قبل الزيارة، وتوسيع توصل المرضى للرعاية، وتنسيق الرعاية المتنقلة. تنفيذ نموذج الدور الطبية المتمحورة على المريض قد أدى أيضًا إلى تزايد اتباع إرشادات موجزة للمعايرة عبر كل ممارسات شبكة توفير الصحة لتكساس.

تنسيق الرعاية المتنقلة

تنسيق الرعاية يعد إحدى الأولويات بين الأولويات العديدة القومية التى حددها "المعهد الطبى" لتنفيذ العمل على إنجاز الرعاية بطريقة "**ستيب**"[٤،٩]. أنشأت "شبكة توفير الصحة لتكساس" قسمًا لتنسيق الرعاية فى ٢٠١٠ هدفه الواضح هو سد الثغرات فى الرعاية فى أوضاع التنقل. يحدث فى هذه الأوضاع تحرك فى أماكن المريض بين موفرى الرعاية (فى العيادات الصغيرة أو عند ممارسة الرعاية الأولية، أو ممارسة الرعاية المتخصصة، أو فى المستشفى، أو التأهيل، أو حتى فى الدور الصحية) وهذا يمكن أن يكون فيه عدم كفاءة، وربما يؤدى إلى حلول فيها تسوية وسطية فى جودة الرعاية.

قسم تنسيق الرعاية المتنقلة فى شبكة توفير الصحة لتكساس يوظف هيئة من العاملين عددها أكثر من عشرين منسقًا للرعاية المتنقلة. هؤلاء المنسقون يكون بعضهم ممرضات مسجَّلات، بينما يكون هناك آخرون من المساعدين الطبيين المتمرسين. يستفيد هؤلاء المنسقون من علاقاتهم مع موفرى الرعاية فى "شبكة توفير الصحة لتكساس"، بما فى ذلك الأطباء، والممرضات الممارسات، والمساعدون الإكلينيكيون، ومساعدو الأطباء، وذلك من أجل اتخاذ رعاية منسقة ذات كفاءة. يركز منسقو الرعاية المتنقلة على أربعة مجالات محددة للعمل:

مؤازرة رعاية المريض، وفترة الانتقال عند الخروج من المستشفى وعند المتابعة، والخدمات الوقائية، والتعامل مع المرضى. وهم يتابعون المريض أثناء كل مسار الرعاية، ويستخدمون لذلك السجلات الإلكترونية للصحة، ومعها كذلك نظم دخول المرضى الداخليين للمستشفى، وذلك لتيسهيل الخدمات المثلى للمريض عبر الخط المتصل للرعاية. فى مجالات الخدمات الوقائية ومعالجة أمر المرض يمتد أداء كل منسق وأنشطته للمتابعة إلى مدى بعيد حسب البروتوكولات العيارية التى أرستها لجنة "التعامل مع المرض".

"قِسم منسقى الرعاية المتنقلة" يقدم الدعم لما يزيد عن ٤٥ موقعًا "لشبكة توفير الصحة لتكساس"، و ٢٤٥ من موفرى الرعاية، بمتوسط من الاتصال بخمسة وستين مريضًا فى كل يوم، وقد أدى بهذا إلى الكثير من النتائج الإيجابية. أحد الأمثلة لذلك، أن أجرى منسق للرعاية المتنقلة اتصالاً مع ذكر عمره ٦٥ سنة لم يسبق له فى ٢٠ سنة أن أجرى أى فحص بمنظار للقولون. رتب المنسق للمريض إجراء فحص القولون بالمنظار واستمر يتابع حالته للتأكد من أنه ذهب إلى ميعاده. كشفت نتائج الفحص عن وجود أربعة أورام من نوع السليلات **(Polyps)** فى مرحلة سابقة للمرض الخبيث وتم استئصالها بنجاح. تهدف "شبكة توفير الصحة لتكساس" لأن توفر لكل المرضى نظامَ رعايةٍ بلا ثغرة، وجيدَ التنسيق، وفعالاً، وذا كفاءة، يبدأ فى حياتهم الشخصية ويمتد إلى كل زاوية من المنظومة الصحية بدون أى تغاير فى جودته.

قياسات الجودة ولوحات أجهزة القياس الأمامية

من المطلوب الحفاظ على إبقاء أطباء "شبكة توفير الصحة لتكساس" على مستويات عالية من الرعاية وتتم باستمرار متابعتهم واعتبارهم مسئولين عن الجودة والخدمة. استخدام "السجلات الإلكترونية للصحة" يسهل المتابعة الوثيقة لمؤشرات

الجودة ذات الأهمية. تُستخدم البيانات المستخلصة من السجلات الإلكترونية للصحة لإنشاء تقارير تحسين للجودة، والحسابات المدققة للتعامل مع المـرض، وقياسَـات خدمات الوقاية الصحية للبالغين.هذه القياسات للجودة هى أحد مكونـات "اللوحـة الأمامية لأجهزة القياس عند الطبيب" التى تُظهر لكل طبيب أداءه فـى مجـالات الماليات، والخدمة، والجودة، والتعويض. يؤكِّد بدقة على أن يقدم الأطباء كل ثلاثة شهور تقارير ملخصة عن الممارسات وعن الأطباء الذين لهم القدرة على التعمـق فى كشف تفاصيل عن المريض. يتم أسبوعيًا تقديم تقارير عن التحسين وتحـديثها ليعطى ذلك للأطباء تغذية مرتدة فى الوقت المناسب، عن تقـدمهم تجـاه الإيفـاء بأهدافهم لخدمات الصحة الوقائية للراشدين، وللتعامل مع الأمراض المزمنة، وقياسـات حالات هبوط القلب الاحتقانى. تصاغ كل هذه التقارير "كلوحات أمامية لأجهزة القيـاس الإكلينيكية" بحيث يسهل بدرجة عالية تخمينها حدسيًا ويسهل تفسيرها. يتم فى التقـارير إلقاء الضوء على الأداء الجيد وفرص التحسين، وذلـك باسـتخدام أيقونـات للوحـة الأجهزة خضراء وحمراء اللون. ترتبط الأيقونات بالتقرير لتبـين المقـاييس الخاصـة وتبين أيًا من المرضى لا يتبع القواعد بالنسبة للتوصيات المبنية على الأدلة. يؤدى هـذا إلى أن يمكّن الطبيب من أن يتعامل على نحو أفضل مع الأمراض المزمنة وخـدمات الصحة الوقائية، وأن يتخذ الفعل اللازم فى الوقت المناسب.

القياسات التخصصية فى مجالات أمراض الجهاز الدورى، والغدد الصماء، وأمراض الأذن والحنجرة، والشيخوخة، والكبـد، والأطفـال، وأمـراض الرئـة، والأمراض الروماتيزمية، وجراحة الصدر، وجراحة الأعصاب، كل هذه القياسات قد تم أيضًا ترسيخها حديثًا. "شبكة توفير الصحة لتكساس" قد بدأت فى عملية لجمع بيانات من السجل الإلكترونى للصحة، وذلك لتشكيل نتـائج خـط القاعـدة لهـذه القياسات حتى يمكن تحديد أهداف الأداء لأخصائييها. مع بدء "شبكة تنظيم صـحة تكساس" فى متابعة النتائج من هذه القياسات، سيتم توها خلق تقارير للأداء (لوحات قياس أمامية) لتقدم ملخصًا للنتائج ومتابعة مسار الأداء.

الشفافية عنصر أساسى للمسئولية، ولهذا فإن كل التقارير والنتائج يتم إظهارها فى مواقع الإنترنت الداخلية "لشبكة توفير الصحة لتكساس"، وكذلك فى شكل ملصقات معلقة فى كل مواقع الرعاية، ويكون الوصول إليها متاحًا لكل الأطباء والموظفين لخلق منافسة ودية لحفز التحسين. الشفافية تؤدى أيضًا إلى زيادة تقبل وتسهيل تنفيذ مبادرات الجودة. بينت الخبرة مع العديد من مبادرات التحسين عبر شبكة توفير الصحة لتكساس أن الأطباء يرجح بأكثر أن ينفذوا إحدى طرائق المعالجات عندما تقدم لهم بيانات تظهر نجاحها.

الدروس المستفادة

أكبر درس مستفاد أثناء رحلة تحسين الجودة "لشبكة توفير الصحة لتكساس" هو أنه رغم وجود تحديات عند تغيير ما يوصَّل من الرعاية الصحية، فإن نتائج هذه الجهود يمكن أن تحسِّن من حياة المرضى. الأطباء يستجيبون للبيانات التى يثقون فيها. أنفقت "لجنة أفضل رعاية " سنوات كثيرة للتحقق من صحة البيانات ولتثبت عمليًا لأطباء شبكة تكساس أين يجدون الفرص للتحسين. أُشرك الأطباء المتفوقون فى تعليم الآخرين بشأن البيانات وبشأن الطرائق لتحسين عدد نقاط القياس التى يحوزها الأفراد. "شبكة توفير الصحة لتكساس" أبدت استعدادًا تلقائيًا للمبادرة بشأن تنظيم أهدافها فى خط متسق مع أهداف منظمة "مبرص" ودمج مجالات طريقة **"ستيب"** فى ثقافتها. ظلت الشبكة تركز اهتمامها على إنشاء وتنفيذ وتوسيع مبادرات التحسين. هناك بعض الدروس المستفادة من رحلة "شبكة توفير الصحة لتكساس" تجاه نظام توصيل للرعاية الصحية المثالية، وتتضمن هذه الدروس:

- **أن يكون وضع المرضى فى المكان الأول:** مفهوم الأداء الصحيح للمرضى وتنفيذ هذا الأداء جيدًا يجب أن يكون المرشد لكل مبادرات تحسين الجودة.

- **تشجيع وتمكين الموظفين على كل المستويات:** مساعدة الموظفين على تحديد وتنفيذ التكنيكات لتحسين جودة الرعاية الصحية، وتوفير التدريب والوسائل التى يحتاجونها للنجاح، ومكافأتهم حسب ذلك، هذا كله مهم للنجاح.
- **صنع تغييرات جماعية متزايدة:** التغيرات الصغيرة خلال كل التنظيم يمكن أن تتضايف لتؤدى إلى نتائج واقعية فى تحسين الرعاية. الخطوات من أجل التحسين لا يلزم دائمًا أن تكون ضخمة حتى تحدث فارقًا.
- **العمل كفريق والتواصل أمور حاسمة:** العمل على خلق بنية تحتية نظامية تتيح للقواد، والأطباء، والمرضى، والإداريين، وهيئة العاملين الداعمة، أن يتجمعوا معًا كفريق، وأن يعملوا متعاونين فى المبادرات، ويتشاركوا فى المعلومات، وينشئوا حسًا حقيقيًا من المشاركة والثقة.
- **التسلسل المنحدر للأهداف والأغراض النظامية:** العمل على انحدار تسلسل الأهداف من القمة للقاع يتيح للموظفين وضع أهداف لأنفسهم يعرفونها، وسوف يدعم هذا إنجاز أهداف الكيان ككل، وبالتالى يؤدى إلى حفزهم على إنجازها.
- **نتائج القياس:** متابعة مسار التقدم والأداء عن طريق الأبحاث/ والوسائل المؤسسة على الأدلة، وجعل النتائج شفافة خلال كل المنظمة، والمشاركة فى المعلومات، هذا كله يسهل التعلّم ويصقل أحسن الممارسات.

الاستنتاج

المشاركة المتكاملة التى خلقتها "شبكة توفير الصحة لتكساس" ومنظمة "مبرص" نتج عنها فوائد عديدة للمرضى، وكذلك أيضًا للأطباء ونظام المستشفى. أدت المساهمة النشطة لكل منهما فى أبنية الحوكمة عند الأخرى إلى نشأة المسئولية وسهلت التعاون والتنسيق بين منظمة "مبرص" و"شبكة توفير الصحة لتكساس"

وهما تسعيان لتوفير رعاية "**ستيب**" عبر كل الخط المتصل للرعاية. "شبكة توفير الصحة لتكساس منذ أوائل مبادراتها الهادفة لتحسين توصيل خدمات الرعاية الوقائية للبالغين حتى وصولها لتنفيذ نموذج "الدور الطبية المتمحورة على المريض"، ظلت طول ذلك الوقت وهى تلتزم بتحسين ممارسات أفضل رعاية، وتحسين النتائج، ورضاء المريض، والرعاية المتسقة عبر الخط المتصل للرعاية الصحية. مبادرات الإصلاح الصحى توجه بؤرة التركيز على الرعاية الصحية تجاه المعالجة المؤسسة على السكان والشراء المؤسس على القيمة الذى يوجه بؤرة الاهتمام بدوره إلى نتائج المرضى، وبالتالى فإن تنظيم الصفوف بين منظمة "مبرص" و"شبكة توفير صحة تكساس" لتكون على نحو وثيق فى خط متسق سيكون عاملاً مهمًا فى الاستخدام الأمثل للموارد لتحسين نتائج المريض والتوصل للرعاية، مع تخفيض التكاليف.

المراجع

1. Chapter 162.001(b) of the Texas Occupations Code (formerly 5.01(a) in the Medical Practice Act). Online at: http://www.statutes.legis.state.tx.us/Docs/OC/htm/OC.162.htm
2. HealthTexas Provider Network. Online at: https://www.dfwdoctorjobs.com/Pages/Index.aspx (accessed January 8, 2013).
3. American Medical Group Association. Acclaim Award. Online at: http://www.amga.org/AboutAMGA/Awards/Acclaim/index_acclaim.asp (accessed May 15, 2013).
4. Corrigan, J. M., M. S. Donaldson, L. T. Kohn, S. K. Maguire, and K. C. Pike. 2001. *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. Washington, DC: National Academy Press.
5. HealthTexas Provider Network. Code of Conduct. Online at: https://www.dfwdoctorjobs.com/Pages/Codeofconduct.aspx (accessed May 15, 2013).
6. Silverstein, M. D., G. Ogola, Q. Mercer, J. Fong, E. Devol, C. E. Couch, and D. J. Ballard. 2008. Impact of clinical preventive services in the ambulatory setting. *Proceedings (Baylor University Medical Center)* 21 (3): 227–235.
7. Patient-Centered Primary Care Collaborative. Joint Principles of the Patient-Centered Medical Home. Online at: http://www.pcpcc.net/content/joint-principles-patient-centered-medical-home (accessed May 15, 2013).
8. National Committee for Quality Assurance. Patient-Centered Medical Home Program. Online at: http://www.ncqa.org/Programs/Recognition/PatientCenteredMedicalHome-PCMH.aspx (accessed May 15, 2013).
9. Adams, K., and J. M. Corrigan, eds. 2003. *Priority areas for national action: Transforming health care quality*. Washington, D.C.: National Academies Press.

القســم الثــالــث

التوصل للرعاية بطريقة "ستيب"

الفصل الخامس عشر
الرعـاية الآمنـة(*)

جان كومبتون ودونالد كنرلى

مقـــدمة

أمان المريض عنصر متكامل فى رعاية "**ستيب**". الرعايـــة الآمنـــة، كمـــا يعرّفها "المعهد الطبى" ينبغى أن تتجنب أن تحدث فـــى المرضـــى إصـــابات مـــن الرعاية التى يقصد بها مساعدتهم.[١] فى اتساق مع هذا التعريف نجـــد أن رؤيـــة منظمة "مبرص" لها ثلاثة عناصر مكونة لها:

(١) التوصل إلى عدم وجود وفيات يمكن منعها.

(٢) ضمان عدم وجود إصابات يمكن منعها.

(٣) السعى لعدم وجود مخاطر يمكن منعها[٢،٣]، تتطلب هـــذه الأهـــداف جهـــودًا إستراتيجية فى أبواب الثقافة وعمليات المعالجة، والتكنولوجيا.

أنشأت منظمة "مبرص" على مستوى التنظيم "مكتب أمان المـــريض"، وقـــد توصل إلى معايرة لها أهميتها لعمليات الأمان وتنفيذ ممارسات أمان للمريض مبنية على الأدلة. فى مصاحبة لهذه التحسينات أنجزت "مبرص" تقدمًا لـــه قـــدره فـــى تخفيض معدلات الوفاة المعايرة للمستشفى ومعدلات الأحداث الـــضارة المكتـــسبة بالمستشفى. يصف هذا الفصل هذه التحسينات، وكذلك أيضًا التكنيكات المحددة التى استخدمتها منظمة "مبرص" لإنجازها.

(*) ظهرت نسخة مبكرة من هذا الفصل فى "المجلة الأمريكية للجودة الطبية (كينرلى د. ، وريتشر ك. م. ، وجود فى.. ، وكومبتون ج، وبالارد د. ج ، ٢٠١١ . "رحلة لا تصل لمخاطر لا يمكن منعها: خبرة أمان المريض فى "منظومة بايلور للرعايـــة الصحية" ، "المجلة الأمريكية للجودة الطبية" ٢٦ (١ : ٤٣ – ٥٢) .

أسست منظمة "مبرص" فى ٢٠٠٥ "مكتبًا لأمان المريض". فى اتساق مع توصيات "المعهد الطبى" بأن "تقوم كل مواقع الرعاية الصحية بإنشاء برامج شاملة لرعاية المريض يدير عملياتها هيئة مدربة من العاملين، فى نطاق ثقافة للأمان"،[٤] فإن " مكتب أمان المريض" يسعى إلى أن يزيد قوة ما يوجد من برامج أمان المريض، وأن يعزز ثقافة تنظيمية تقود إلى إدراك وحل المواقف التى تفرض خطر وقوع إصابة للمريض، وأن تنمى الابتكارات لأمان المريض، وترشد الموظفين لاتخاذ القيم لثقافة الأمان. تشمل أنشطة المكتب على اتساع المنظومة مستشفيات منظمة "مبرص"، ومواقع الرعاية المتنقلة "لشبكة توفير الصحة لتكساس"، و"تحالف بايلور للجودة" (تنظم "مبرص" المسئول عن الرعاية فيها". هذه الطريقة الشاملة للمقاربة تسهل المعايرة على نطاق متسع لعمليات المعالجة ونتائجها.[٥]

أنشأت منظمة "مبرص" أيضًا فى ٢٠٠٥ لجنة على مستوى التنظيم هى "لجنة أمان المريض" وفيها تمثيل واسع مهنى ومؤسسى، لإعطاء المشورة والإرشاد "لمكتب أمان المريض". "مكتب أمان المريض" يعتمد أيضًا بشدة على ما يقدمه "قسم تحليلات **ستيب**" من دعم بتحليل البيانات (انظر الفصل العاشر)" أثناء عمله لدعم تحسين أمان المريض عبر مؤسسات "مبرص"، وذلك بواسطة:

(١) مساعدتها على وضع الأهداف التى قد يكون فيها إثارة للتحدى، ولكنها قابلة للإنجاز.

(٢) استخدام نظم القياسات لإظهار حالة الأداء الحالى.

(٣) توفير الموارد مثل التمرين والتدريب.

"مكتب أمان المريض"، فى جزء من جهوده لقياس وتحسين أمان المريض عبر المنظومة كلها، أدخل إجراء زيارة للمواقع كل سنتين لاستكشاف فعالية المنشأة فيما يتعلق بأمان المريض. زيارات المواقع قريبة فى الشبه من "الفحص الدورى العام الصحى". الهدف من هذه الزيارة تحديد أوجه الانشغال بأمان المريض فى كل منشأة على وجه التحديد، والتى تتطلب المتابعة، والممارسات الجيدة/ الأفضل لنشرها عبر كل المنظومة، وكذلك تحديد مجالات التحسين التى تُعين فى مستشفيات عديدة، والتى يمكن نشرها عبر كل منظمة "مبرص" لتحسين أمان المريض. يسبق زيارة الموقع مراجعة تفصيلية للبيانات بواسطة فريق زيارة الموقع. تلخّص هذه المراجعة هى ونتائج زيارة الموقع فى وثيقة رسمية تصف الفرص الموجودة للتعلم المشترك. الزيارات التى تُجرى كل عامين تسهل نشر أفضل الممارسات المبنية على الأدلة وتساعد "مكتب أمان المريض" على صياغة بؤر الاهتمام فى مجالات المستقبل، وذلك لتحسين أمان المريض خلال كل منظمة "مبرص".

زيارات مواقع أمان المريض تستخدم تصميمًا لمجموعة اهتمام مركّز ويُقصد بها أن تكون "مراجعة فحص دورى جيد" وليس أن تكون زيارة نظامية (بمعنى أنه ليس لها قصد عقابى). يشمل ذلك أفراد هيئة العاملين فى خط المواجهة فى كل المجالات – سواء هيئة العاملين مساءً أو صباحًا. يحضر "ممثلون" من شتى مجالات المنظمة بما فى ذلك "مكتب التمحور أو التركيز على المريض"، والقيادة العليا، و"التعامل مع المخاطر"، و"الموارد البشرية"، و"تحسين الرعاية الصحية"، و"خدمات بايلور للمعلومات"، ويحضرون جميعًا ليتعلموا جماعيًا ما يتعلق بالاهتمام بالمشاغل الخاصة بأقسامهم الوظيفية وليوفروا تغذية مرتدة فى التو عند إثارة القضايا.

بالإضافة إلى التغيرات التى يدفع إليها "مكتب أمان المريض"، فإن "لجنة أفضل رعاية" لمنظمة "مبرص" (الهيئة السلف "لمجلس حوكمة **ستيب**") ناصرت إجراء معايرة أكبر للرعاية المبنية على الأدلة عبر كل المنظومة، وهى معايرة تسهم فى كل مجالات "**ستيب**". تم إنجاز المعايرة باستخدام مجموعة بيانات الأوامر الطبية لإدخال الحالات، خاصة الحالات العامة، مثل هبوط القلب، والالتهاب الرئوى المكتسب فى المجتمع.

منظمة "مبرص" أيضًا قد دفعت قدمًا أمان المريض وتحسين الجودة باستخدام نموذج للطبيب المتفوق. الأطباء المتفوقون على مستوى المنظومة والمستشفى ينالون تعويضا عن توفير رأس المال الثقافى والقيادة فيما يتعلق بتصميم مجموعة بيانات الأوامر الطبية، وحشد مجموعة البيانات للاستخدام، وتحسين العملية الإكلينيكية. هؤلاء الأطباء باستخدام مبادئ إكلينيكية تفصيلية، يحفزون، ويشجعون، ويوفرون الخبرة الطبية لتصميم الحلول التعاونية للتعامل مع التحديات التى تواجه تحسين الجودة ولدعم معايرة عمليات الرعاية المبنية على الأدلة.[٦] الطبيب المتفوق المناصر لأمان المريض يعمل على مستوى المستشفى من أجل تسهيل أن تكون المنظومة فى صف متسق مع أهداف أمان مريض المستشفى، ومن أجل المساعدة على مراجعة الأحداث الضارة ودورات أمان المريض، ومن أجل تمثيل أمان المريض فى الاجتماعات الرئيسية الطبية واجتماعات اللجنة التنفيذية.

إستراتيجيات وأهداف أمان المريض

منظمة "مبرص" لها إستراتيجيات وتكنيكات للإقلال من الوفيات، والأحداث الضارة، ومخاطر المريض، يمكن تقسيمها إلى ثلاث فئات هى الثقافة، والمعالجات، والتكنولوجيا.[٧]

نّظم المهن الموثوق بها قد أدركت من زمن طويل أهمية التغيير الثقافى من أجل تحسين ممارسات الأمان وتحسين الجودة.(٧) منظمة "مبرص" من أجل تحديد "الفجوات" "الثقافية" والتعامل معها، والعمل تجاه ثقافة للأمان، تستخدم "أبحاث مسح للمواقف والممارسات بشأن أمان المريض". تتأسس الإجابات عن أسئلة المسح على واحد من شكلين: مدى التواتر (مثلاً، يحدث دائمًا، أحيانًا، معظم الوقت، نادرًا، لا يحدث أبدًا) أو مدى الموافقة (مثلا، يوافق بشدة، ويوافق، ومحايد، ولا يوافق، ويرفض الموافقة بشدة). هذه الوسيلة تقيس أربعة مجالات: القيادة، وعمل الفريق، وتسجيل التقارير، والتغذية المرتدة، والموارد. بدأ إجراء هذا المسح كل سنتين فى ٢٠٠٥، وهو يسهل الحوارات المدفوعة بالبيانات، واللازمة لتحسين أمان المريض عبر المنظومة كلها.

الفجوات التى تتحدد عن طريق التقدير – الذاتى الثقافى يتم التعامل معها عن طريق المبادرات ذات فروع المعرفة المتعددة، والتى تُبنى على المشروع، مثلاً:

- **"التوقف عند خط"** (٨)

"التوقف عند خط" يشجع الموظفين على أن يتكلموا عن أى شىء يثير قلقهم بشان أمان المريض بأن يستخدموا كلمات: "احتاج لبعض الوضوح". يساعد هذا على توضيح التوقعات، ويزود الموظفين بنص مكتوب، ويعزز بدعم لا لبس فيه أولئك الذين يتحدثون جهارًا بإيمان طيب.

- **عمل الفريق يحسّن أمان المريض(٩)**

أحد الطرق لتحسين الأمان هو التأكيد على أن الأفراد، والمنظمات، وفرق العمل، تتعلم من أخطائها: لابد من وجود ثقافات تجعل هذه العملية آمنة،

وبالتالى ناجحة. برنامج "عمل الفريق يحسن أمان المريض" يوفر لفرق العمل الوسائل التى تحتاجها لاتخاذ ثقافة أمان المريض.

- **الاتصال المعاير أو تدريب "سبار = SBAR"[١٠] (اختصارا للكلمات الإنجليزية** Situation – Background – Assessment – Recommendation) **أى الموقف – الخلفية – التقدير – التوصية)**

الموظفون باستخدام "سبار" يعايرون الاتصال بأن يعرضوا الموقف، والخلفية، والتقدير، والتوصية فى إفادة مرتبة. مثال ذلك، عندما تطلب إحدى الممرضات طبيبًا لسؤال حول رعاية المريض فإنها تعرض الموقف فى إفادة من خمس إلى عشر ثوان؛ وتعطى الخلفية (البيانات الموضوعية، مثل المقاييس الحيوية ونتائج المعامل)؛ وتقدم تقديرا (تشخيصًا محتملاً للمشكلة) وتقدم توصية (إفادة عما تظن الممرضة أنه يلزم فعله للمريض).

عمليات معالجة أمان المريض

الباب الثانى الإستراتيجى الرئيسى لتحسين أمان المريض فى منظمة "مبرص" هو مجال معالجة العمليات الإكلينيكية. توضع الأهداف وقد بُنيت على فائدة المريض، وتنظيم الصف فى اتساق مع المنظمين ودافعى النقود؛ وتنظيم الصف فى اتساق مع البرامج الأخرى الموجودة والتى تم التخطيط لها، ومقدار "رأس المال القيادى" اللازم لتفعيل تغيير له معناه. عمليات المعالجة التى تقاس باستخدام تبنى النسبة المئوية لممارسة الغرض، تتضمن الأهداف التالية:

- زيادة استخدام مجموعة بيانات الأوامر الطبية لإدخال الحالات.[١١]
- زيادة استخدام معالجات "منظمة الصحة الدولية" حسب مبدأ أن الجراحة الآمنة تنقذ الحياة ".[١٢]

- تخفيض الأحداث الضارة للعقاقير.[١٣]
- زيادة التمسك "بالأهداف القومية لأمان المريض".[١٤]
- زيادة استخدام "الممارسات الآمنة لمنتدى الجودة القومى".[١٥]
- الإقلال من استخدام القساطر البولية.[١٦]
- تخفيض أن تحدث قرح ضغط تُكتسب فى المستشفى.[١٧]
- زيادة الامتياز فى التوليد.
- الإقلال من حوادث الوقوع.[١٨]
- زيادة تطعيم الموظفين بطعم الأنفلونزا.[١٩]

التكنولوجيا

الباب الإستراتيجى الثالث لأمان المريض فى منظمة "مبزص" هو التكنولوجيا: توقى الأحداث الضارة، وتحسين أمان المريض والتمحور على المريض عن طريق السجلات الصحية الإلكترونية ودعم القرارات الإكلينيكية، والمُدخل المحوسب لأوامر الطبيب، واستخدام شفرة الأشرطة الرأسية فى إدارة تعَاطى الأدوية. على الرغم من أن تكنولوجيا المعلومات فيها وعد له قدره بتحسين أمان المريض، فإن تعقدها يمكن أن يؤدى إلى نتائج غير مقصودة وغير متوقعة. من اللازم لجهود تكنولوجيا المعلومات الصحية أن تنتظم فى صف متسق مع الحكمة المأثورة "بأن تكون أولاً مما لا يُحدث أى أذى". يتطلب هذا تنسيقًا فى أفرع معرفية عديدة بين الأقسام التى لها علاقة بالموضوع، وذلك لخلق مقاربة متكاملة على اتساع كل المنظومة لتحديد الأخطاء، وتقييم الأسباب، واتخاذ التصرفات الملائمة لتحسين الأداء.[٢٠]

النتائج المتعلقة بأمان المريض

نسبة الوفيات المعايرة للمستشفى

أول هدف لرؤية منظمة "مبرص" لأمان المريض هو التوصل إلى عدم وجود "وفيات يمكن توقيها". على أن تعريف الوفاة التى يمكن توقيها" يعد نمطيًا تعريفًا غير مباشر.[٢١] لدراسة أمر الوفيات، تحسب منظمة "مبرص" نسب الوفيات المعايرة للمستشفى (انظر الفصل الأول).

الأحداث الضارة المكتسبة بالمستشفى

الهدف الثانى لرؤية منظمة "مبرص" لأمان المريض هو "عدم وجود إصابات يمكن توقيها". الإصابات التى يمكن توقيها، يمكن أن يكون فيها تحدٍّ للتعريف والقياس، مثلها فى ذلك مثل الوفيات التى يمكن توقيها.[١٧] نظم إعطاء التقارير الطوعية عن الأحداث الضارة تصرح بما هو أقل من الحقيقة بالنسبة لما ينتج من أحداث ضارة، وتتصيد أساسًا "ما هو أقرب للإغفال أو السهو".[٢٢،٢٣] حتى تحصل منظمة "مبرص" على قياس أكثر موضوعية لمعدلات الأحداث الضارة فى مستشفياتها فإنها عدَّلت ونفذت ما عدلته "لوسيلة معهد تحسين الرعاية الصحية العامة لقدح الزناد" لتصبح "وسيلة بايلور لقياس الحدث الضار.[٢٤،٢٥] وسيلة بايلور هذه لقياس الحدث الضار تستخدم طريقة منهجية لقدح الزناد تحدد بالتبصر وراء ما يقع من أحداث ضارة بواسطة المراجعة المعايرة لسجلات للمرضى يتم اختيارها عشوائيًا، وتُقدر منها معدلات الأحداث الضارة. وسيلة بايلور لقياس الحدث الضار، مثلها مثل وسيلة قدح الزناد العامة لمعهد تحسين الرعاية الصحية، تبحث عن الأحداث الضارة فى ست مجالات عريضة: الرعاية الطبية، وحالات الجراحة، والعلاج الدوائى، والرعاية المكثفة، وفترة ما حول

الولادة، وقسم الطوارئ،[٢٠] إلا أن وسيلة بايلور للقياس تطلب من مراجعي التمريض أن يوفروا توصيفًا أكثر تفصيلاً لخصائص ما يُحدَّد من الأحداث الضارة بما في ذلك نوعها، وعدد نقاط قياس الأذى حسب "نظام مجلس التنسيق القومي لوضع التقارير عن أخطاء العلاج الدوائي وتوقيها"، والحكم بإمكان التوقي، وما إذا كان الحدث الضار موجودًا عند الدخول للمستشفي، وما إذا كان قد نشأ عن الرعاية التي قُدمت أو إغفال رعاية مطلوبة أشير بها. يُطلب أيضًا من مراجعي التمريض أن يكتبوا ملخصًا مرتبًا للأحداث الضارة. هذه التفاصيل الإضافية تمكّن منظمة "مبرص" من استخدام "بيانات بايلور لقياس الأحداث الضارة" حتى يحدث على اتساع نطاق المنظمة التعلّم، والتحسين، والتركيز أساسًا على الأحداث الضارة المكتسبة في المستشفى.[٢٤،٢٥]

أبحاث المستقبل عن أمان المريض

الهدف الثالث لرؤية منظمة "مبرص" لأمان المريض هو السعي لعدم وجود مخاطر يمكن توقيها. على الرغم من أن القياسات الخاصة للمخاطر التي يمكن توقيها لا تزال تحت الإنشاء، فإن منظمة "مبرص" قد جددت مبادرات عديدة للمساعدة في إنجاز هذا الهدف. بالإضافة إلى اعتناق معتقدات المنظمات الموثوق بها بدرجة عالية والموثوق بها في الرعاية الصحية،[٢٧] توجد مبادرة محددة هي الاستخدام المتسق لقائمة المراجعة بمعالجات "منظمة الصحة العالمية "لتحسين مدى الثقة بالرعاية الجراحية.[١٢] في ٢٩ سبتمبر ٢٠٠٩ اتخذ "مجلس مديري سياسة العمليات والإجراءات" قرارًا بالإجماع بأن تنفذ بالكامل قائمة مراجعة منظمة الصحة العالمية التي تفيد بأن الجراحة الآمنة تنقذ الحياة، والتأكيد على أن يلتزم بها الجراحون، والعاملون بالتخدير، وأفراد الهيئات العاملة، وذلك لتسهيل نجاح الفرق في أداء كل الأشياء المناسبة لكل المرضى، في كل الوقت.

تخطط منظمة "مبرص" أيضًا لمزيد من التحسينات فى ثقافة أمان مرضاها، بما فى ذلك قياس فعالية تنفيذ "التوقف عند خط"، والإقلال من تحمل السلوك المعوق، وزيادة الشفافية فيما يتعلق بالأحداث الضارة. بالإضافة لذلك، تخطط منظمة "مبرص" لمزيد من معالجات تحسين أمان المريض بشدة للتخفيض من الأحداث الضارة التى تتعلق بالإجراءات – والجراحة (والتى تحدد أنها النوع الأكثر شيوعًا بواسطة وسيلة بايلور لقياس الحدث الضار) واستكشاف طريقة التعامل مع الإرهاق. فى مجال التكنولوجيا تخطط منظمة "مبرص" لزيادة الحشد لاستخدام مجموعة البيانات الإلكترونية (استخدم فى ٢٠١٢ أكثر من ثلاثمائة حالة)، ولأن تزيد من إدارة تعاطى وصفات الأدوية باستخدام أشرطة الشفرة، والإنذارات الإلكترونية للتفاعلات غير المطلوبة من الوصفات الدوائية ومن التشخيص، واستخدام التذكير بوسائل إلكترونية.

الاستنتاج

على الرغم من إدراك أن التغيرات فى الثقافة، وعمليات المعالجة، والتكنولوجيا كلها فيها الإمكان لتحسين أمان المريض وجودة الرعاية الصحية، فإن هناك القليل من الأدلة التى تربط بين هذه التغييرات ونتائج المرضى القابلة للقياس، مثل معدل الوفيات فى المرضى داخل المستشفى ومعدلات الأحداث الضارة بهم. رحلة الرعاية الآمنة للمريض تتطلب رؤية على المدى الطويل، وترتيب الصفوف فى خط متسق على النطاق الواسع للمنظومة بالنسبة للإستراتيجيات وعمليات المعالجة، وتتطلب فهمًا من القيادة التنظيمية بأن تحسين الجودة والأمان هدفان أساسيان لأشغال البيزنس. بالنسبة لأهداف تحسين جوانب معينة من أمان المريض، مثل الوفيات والإصابات القابلة للتوقى، فإنها يجب أن تعرّف بحرص وبوجه خاص محدد، ويجب اختيار القياسات بحيث يتحدد وجود (أو عدم وجود) التقدم

على نحو موثوق به بالنسبة للنتائج المتعلقة بهذه الأهداف. أثبتت منظمة "مبــرص" عمليًا أن من المطلوب وجود اهتمام متوازن بين ثقافة أمان المــريض، ومعالجــة العمليات، والتكنولوجيا حتى يتم إنجاز تحسينات مستدامة فى أمان المريض.

المراجع

1. Corrigan, J. M., M. S. Donaldson, L. T. Kohn, S. K. Maguire, and K. C. Pike. 2001. *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century.* Washington, DC: National Academy Press.
2. Champy, J., and H. Greenspun. 2010. *Reengineering health care* 2010. Upper Saddle River, NJ: FT Press.
3. Harrington, L., D. Kennerly, and C. Johnson. 2011. Safety issues related to the electronic medical record (EMR): Synthesis of the literature from the last decade, 2000–2009. *Journal of Healthcare Management* 56 (1): 31–43; discussion 43–44.
4. Institute of Medicine. 2004. *Patient safety: Achieving a new standard for care.* Washington, D.C.: National Academies Press.
5. Ballard, D. J., B. Spreadbury, and R. S. Hopkins, 3rd. 2004. Health care quality improvement across the Baylor Health Care System: The first century. *Proceedings (Baylor University Medical Center)* 17 (3): 277–288.
6. Ballard, D. J., G. Ogola, N. S. Fleming, D. Heck, J. Gunderson, R. Mehta, R. Khetan, and J. D. Kerr. 2008. The impact of standardized order sets on quality and financial outcomes. In *Advances in patient safety: New directions and alternative approaches,* eds. K. Henriksen, et al. Rockville, MD: AHRQ Publications, nos. 08-0034 (1–4).
7. Leonard, M., S. Graham, and D. Bonacum. 2004. The human factor: The critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Quality and Safety in Health Care* 13 (Suppl 1): i85–90.
8. Furman, C., and R. Caplan. 2007. Applying the Toyota Production System: Using a patient safety alert system to reduce error. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 33 (7): 376–386.
9. Firth-Cozens, J., Cultures for improving patient safety through learning: The role of teamwork. *Quality in Health Care* 10 (Suppl 2): ii26–31.
10. Compton, J., K. Copeland, S. Flanders, C. Cassity, M. Spetman, Y. Xiao, and D. Kennerly. 2012. Implementing SBAR across a large multihospital health system. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 38 (6): 261–268.
11. Fleming, N. S., G. Ogola, and D. J. Ballard. 2009. Implementing a standardized order set for community-acquired pneumonia: Impact on mortality and cost. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 35 (8): 414–421.
12. Haynes, A. B., T. G. Weiser, W. R. Berry, S. R. Lipsitz, A. H. Breizat, E. P. Dellinger, T. Herbosa, et al. 2009. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *New England Journal of Medicine* 360 (5): 491–499.
13. Kohn, L. T., J. M. Corrigan, and M. S. Donaldson. 1999. *To err is human: Building a safer health system.* Washington, DC: National Academy Press.
14. Joint Commission. National patient safety goals. Online at: http://www.jointcommission org/standards_information/npsgs.aspx (accessed October 30, 2012).
15. Agency for Healthcare Research and Quality. 30 safe practices for better health care. Online at: http://www.ahrq.gov/qual/30safe.htm (accessed October 30. 2012).
16. Berenholtz, S. M., P. J. Pronovost, P. A. Lipsett, D. Hobson, K. Earsing, J. E. Farley S. Milanovich, et al. 2004. Eliminating catheter-related bloodstream infections in the

intensive care unit. *Critical Care Medicine* 32 (10): 2014–2020.
17. Duncan, K. D. 2007. Preventing pressure ulcers: The goal is zero. *The Joint Commission Journal for Quality and Patient Safety* 33 (10): 605–610.
18. Sutton, J. C., P. J. Standen, and W. A. Wallace. 1994. Patient accidents in hospital: Incidence, documentation and significance. *British Journal of Clinical Practitioners*, 1994. 48(2): p. 63–66.
19. Zimmerman, R. K., M. P. Nowalk, C. J. Lin, M. Raymund, D. E. Fox, J. D. Harper, M. D. Tanis, and B. C. Willis. 2009. Factorial design for improving influenza vaccination among employees of a large health system. *Infection Control and Hospital Epidemiology* 30 (7): 691–697.
20. Kohn, L. T., J. M. Corrigan, and M. S. Donaldson. 1999. *To err is human: Building a safer health system.* Washington, DC: National Academy Press.
21. Wilson, D. S., J. McElligott, and L. P. Fielding. 1992. Identification of preventable trauma deaths: Confounded inquiries? *Journal of Trauma* 32 (1): 45–51.
22. Cullen, D. J., D. W. Bates, S. D. Small, J. B. Cooper, A. R. Nemeskal, and L. L. Leape. 1995. The incident reporting system does not detect adverse drug events: a problem for quality improvement. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement* 21 (10): 541–548.
23. Rozich, J. D., C. R. Haraden, and R. K. Resar. 2003. Adverse drug event trigger tool: A practical methodology for measuring medication related harm. *Quality and Safety in Health Care* 12 (3): 194–200.
24. Kennerly, D. A., M. Saldaña, R. Kudyakov, B. da Graca, D. Nicewander, and J. Compton. 2013. Description and evaluation of adaptations to the Global Trigger Tool to enhance value to adverse event reduction efforts. *Journal of Patient Safety* 9 (2): 87–95.
25. Good, V. S., M. Saldana, R. Gilder, D. Nicewander, and D. A. Kennerly, 2011. Large-scale deployment of the Global Trigger Tool across a large hospital system: Refinements for the characterisation of adverse events to support patient safety learning opportunities. *BMJ Quality and Safety* 20 (1): 25–30.
26. Griffin, F. A., and R. K. Resar. 2007. *IHI Global Trigger Tool for measuring adverse events.* Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement.
27. Ballard, D. J., G. Ogola, N. S. Fleming, B. D. Stauffer, B. M. Leonard, R. Khetan, and C. W. Yancy. 2010. Impact of a standardized heart failure order set on mortality, readmission, and quality and costs of care. *International Journal for Quality in Health Care* 22 (6): 437–444.

الفصل السادس عشر

الرعاية فى الوقت المناسب وبفعالية

أندرو ماسيكا

مقــدمة

النظم الصحية رفيعة المستوى توصل باتساق رعاية مبنية على الأدلة قد أوصى بها إكلينيكيا للمرضى الفرديين عند النقط الزمنية الملائمة فى فترات رعايتهم (وتمثل على نحو جماعى مفاهيم الفعالية والوقت المناسب). الوقت المناسب يشير إلى توفير خدمات الرعاية الصحية مع استمرار تخفيض أوقات الانتظار وبدون تأخير – سواء بالنسبة للمريض أو لموفر الرعاية.[١] التأخير فى التشخيص والعلاج يمكن أن يؤدى إلى ضرر بدنى ووجدانى؛ وبالتالى فإن الخدمة العاجلة ضرورية لتحسين ممارسة الرعاية الصحية. الفعالية فى سياق الوضع الإكلينيكى تشير إلى استخدام التدخلات المبنية على الأدلة التى تثبت عمليًا أن لها نتائج أفضل مما لطرق المقاربة البديلة[١]، خاصة تلك التى يتبين أنها مفيدة فى بيئات توصيل الرعاية الصحية فى العالم الواقعى. التدخلات قد تشمل العلاج، واختبارات التشخيص، والرعاية الوقائية. الرعاية الفعالة المبنية على الأدلة يجب ألا تستخدم بأقل مما يلزم أو بأكثر مما يلزم، أما الرعاية غير الفعالة والتى فيها إمكان للضرر فيجب تجنبها بالكامل.

اللجنة الفرعية للوقت المناسب والفعالية (الامتياز الإكلينيكى)

بالإضافة إلى برنامج منظمة "مبرص" لجائزة الأداء (انظر الفصل الرابع)، فإنها تستخدم "مجلسها لحوكمة **ستيب**، أو اختصارًا (محس)" لربط مجهوداتها واستثماراتها لإنجاز التوافق عبر كل مجالات "**ستيب**" (انظر الفصل الأول). اللجنة

الفرعية للوقت المناسب والفعالية، باعتبارها إحدى اللجان الفرعية الخمس "لمحس"، توفر القيادة الإكلينيكية لجهود تحسين الجودة فى منظمة "مبرص"، وهى الجهود التى تتعلق بالرعاية المباشرة للمريض، مثل استخدام مسار جديد للرعاية الإكلينيكية لحالة محددة. مع اعتبار هذه البؤرة للاهتمام، تتشكل اللجنة بنسبة مئوية من الأطباء أعلى مما فى اللجان الفرعية الأخرى "لمحس"، وقد أضافت اللجنة مصطلح "الامتياز الإكلينيكى إلى تسميتها لتأكيد تميزها فى هذا المجال.

مجال عمل اللجنة يركز على تحديد ودعم تنفيذ ممارسات توصيل الرعاية الصحية التى:

- تتأسس على الأدلة.
- تعمل فى الأوضاع الإكلينيكية "للعالم الواقعى".
- وتوفر القيم (بلغة من التضايف المواتى فى نسبة تحسين الجودة إلى التكلفة).
- وتتسق مع الخطوط الإرشادية الراسخة وأفضل الممارسات بينما تمثل أيضًا الاستخدام الملائم للموارد.

تشرف اللجنة على المبادرات الإكلينيكية ذات التأثير الكبير، ويتشارك فى رئاستها نائب رئيس على مستوى المنظومة (طبيب له خبرة بالطب المبنى على الأدلة، وتكتيكات تحسين الجودة، وأبحاث الخدمات الصحية)، ومديرة على مستوى المنظومة من قسم الموظفة الرئيسية للتمريض (تكون متمكنة فى اتخاذ إستراتيجيات الممارسة). الأعضاء الآخرون فى اللجنة هم من قواد المنظومة الذين يمثلون مدى من فروع المعرفة الإكلينيكية والأقسام غير الإكلينيكية فى منظمة "مبرص". هناك مبادئ لإرشاد اللجنة (الكثير منها ينتظم فى صف متسق مع ما سبق، أو أنها تكون معدلة عما سبق، وهى مبادئ من توصيف "المعهد الطبى" للوقت المناسب والفعالية)[1]، وتتضمن هذه المبادئ أن:

- توصيل "الرعاية المناسبة فى الوقت المناسب" ينبغى أن يكون له أعلى الأولويات.
- المبادرات التى تتلقى دعم اللجنة ينبغى أن يكون لها انسياب إكلينيكى سلس فى العمل وأن تكون فى الوقت نفسه عملية عند التنفيذ ومستدامة فى بيئات رعاية المريض المباشرة.
- ينبغى الإقلال لأدنى حد من التأخيرات غير الضرورية.
- عمليات معالجة الرعاية الصحية ينبغى أن تتمحور حول صالح المريض.
- مبادرات تحسين الرعاية ينبغى أن تتأسس على أدلة يتم اكتسابها منهجيًّا لتحديد ما إذا كان التدخل المطروح سينتج عنه نتائج أفضل مما ينتج عن البدائل.
- ينبغى تجنب استخدام الرعاية الفعالة بدرجة أقل مما ينبغى أو استخدام الرعاية غير الفعالة بأكثر مما ينبغى.
- الممارسة المبنية على الأدلة يتم دعمها بتكامل الأدلة مع الخبرة الإكلينيكية وقيم المريض.
- ينبغى تعزيز التوسع المستمر لقاعدة المعرفة فيما يتعلق بالرعاية الفعالة واستخدامها فى أوضاع الرعاية الصحية.
- المبادرات التى تقع فى مجال عمل اللجنة تخضع لعملية مراجعة منهجية قبل اتخاذ أى قرارات للتنفيذ.
- يتم تشجيع الممارسين الإكلينيكيين (ومنظمة "مبرص" على المستوى التنظيمى) ليفكروا بتأمل ويكونوا منهجيين فى دراسة أنماطهم الخاصة للرعاية ونتائجها.

- مبادرات التحسين الإكلينيكى يجب أن تكون متسقة مع الأنشطة الأخرى لمجلس " **ستيب**".

التنفيذ وقصص النجاح فى برنامج التقييم

كمثل لنمط العمل الذى يدعمه مجلس "محس" ولجنته الفرعية "للوقت المناسب والفعالية"، أثبتت منظمة "مبرص" عمليًا نجاحها، باستخدام طريقة مقاربة للتنفيذ ذات أوجه متعددة، فى أوضاع المرضى الداخليين بالمستشفى، وذلك لاتخاذ مسار معايير للرعاية الإكلينيكية للمرضى بحالات الالتهاب الرئوى[٢،٣] بالإضافة إلى استخدام حشد لمجموعة بيانات الأوامر الطبية لدخول حالات الالتهاب الرئوى، التى تتبنى على الأدلة، صاحب ذلك أيضًا برنامج تثقيف للممرضات عن الالتهاب الرئوى، وتنشيط للأطباء للتفوق على مستوى المنظمة والمستشفى، وبرنامج متابعة لمسار استخدام مجموعة بيانات الأوامر الطبية (بما فى ذلك لولب للتغذية المرتدة للأطباء). هذه الطريقة للمقاربة كانت فعالة جدًا فى تحسين استخدام مجموعة بيانات الأوامر الطبية، بزيادة من ٥٠ فى المائة فى الاستخدام عبر فترة من ثلاثين شهرًا؛ وظل التمسك باتباع ذلك مستمرًا بنسبة فوق ٨٠ فى المائة عبر كل مستشفيات "مبرص" لرعاية الحالات الحادة منذ ٢٠٠٨. تم تنفيذ برنامج مماثل ساعد على الحفز لاستخدام مسار لرعاية حالات هبوط القلب الاحتقانى بما يزيد عن نسبة ٧٠ فى المائة فى استخدامه عبر كل منظمة "مبرص" أثناء أول سنة كاملة أعقبت البدء فيه.[٤]

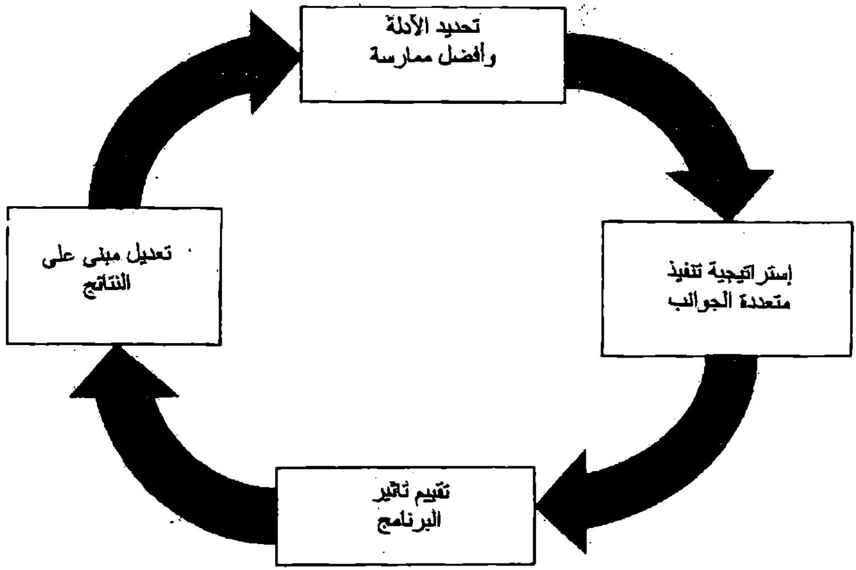
تحركت منظمة "مبرص" لما يتجاوز عملية قياس التمسك بالممارسة، فقدرت أساسًا ما يكون من تأثير لهذه البرامج التنفيذية لمسارات رعايتها لحالات الالتهاب الرئوى وهبوط القلب، أى تأثيرها فى النتائج الإكلينيكية ونتائج التكاليف (انظر الفصل ١٢).

من المهم أنها إذ ولّدت محليًا الأدلة فيما يتعلق بالتأثيرات المفيدة لمسارات الرعاية لحالات الالتهاب الرئوى وهبوط القلب، فإن هذا كان عاملاً رئيسيا فى التوصل لموافقة الأطباء وتغيير السلوك على مستوى المنشأة. يُعزى هذا التأثير إلى الاعتقاد بأن البيانات الآتية من بيئة بمستوى ممارسة المرء نفسه غالبا ما تبدو أقل ابتعادًا وأكثر فى الوثوق بها من النتائج الآتية من تجربة إكلينيكية يتم التحكم فيها من مستوى رفيع.(٥،٦)

هذه التقييمات لتأثير معايرة تنفيذ مجموعة بيانات الأوامر الطبية هى فحسب مجرد مثلين من بين أمثلة عديدة طُبقت فيها على مبادرات الرعاية الصحية "دورة بخطوات مندرجة لتحسين الجودة" (شكل ١٦،١) وكان لها نتائج جيدة فى منظمة "مبرص". النجاح المستدام يتم التوصل إليه على أفضل نحو عندما تكون هذه الطريقة المنهجية للمقاربة مغروسة في عمليات تنظيمية.

الدروس المستفادة

كما يحدث للكثير من المفاهيم المبتكرة فى الرعاية الصحية، فإن الربط الوثيق للوقت المناسب والفعالية فى العمليات اليومية يكون مصحوبًا بتحديات كثيرة. إحدى القضايا ذات الأهمية الكبيرة، تحديد ما ينبغى فعله عند وجود أولويات متنافسة بينما تكون الموارد محدودة. "مجلس حوكمة **ستيب** (أو محس)" داخل نطاق منظمة "مبرص" ينظم هذه الأولويات وينسق تنفيذ مشاريع الجودة المبنية على الأدلة التى جمعت من تقييمات متينة.



(شكل ١٦،١)

دورة فى خطوات متدرجة لتحسين الجودة

تستخدم فى "منظمة بايلور للرعاية الصحية"

هناك تحدٍّ ثانٍ يكمن فى ازدواج الجهود عبر المستشفيات المختلفة (أو حتى داخل المستشفى الواحد). على الرغم من أن منظمة "مبرص" لها هيئة لتحسين الجودة على مستوى تعاونى، فإنه يتم تشجيع فرق العمل بالمستشفيات المحلية لإنشاء وتنفيذ ومتابعة مسار نتائج مشروعات التحسين فى منشآتهم الخاصة بهم. مع وجود تمثيل لأفرع معرفية عديدة من كل منشآت منظمة "مبرص"، فإن "مجلس محس" يفيد فى جلب الأدلة المحلية إلى المنظومة ككل، ويعطى التوصيات المبنية على تضمينات هذه البرامج المحلية.

وأخيرًا فإن أطباء منظمة "مبرص" يؤدون العمليات وهم يتتبعون إلى حد كبير نموذج الطبيب الممارس المستقل حيث يُدفع أجر مقابل الخدمة. هكذا لم يكن من الملائم تاريخيًا استخدام بعض الحوافز المالية التى يمكن تحمل تكلفتها فى سيناريوهات أخرى (مثل السيناريو الذى يتضمن توظيف أطباء) لتعزيز اتخاذ ممارسات إكلينيكية خاصة. منظمة "مبرص" وغيرها من نظم توصيل الرعاية، إذ تتحول كلها تجاه التعامل مع صحة مجموع السكان، ونموذج رعاية له مسئوليته، فإنه يجب أن تتاح فيها فاعليات إضافية لتشجيع الرعاية الإكلينيكية الملائمة والمبنية على الأدلة.

الاستنتاج

الوقت المناسب والفعالية يحتاجان إلى حوكمة واضحة، مثلهما فى ذلك مثل الأهداف الأخرى التى فى اللب من الرعاية الصحية بطريقة " **ستيب**". أرست منظمة "مبرص" هذا الأمر بأن عينت لجنة فرعية ذات توجه إكلينيكى تجرى عملياتها فى هذه المجالات تحت إشراف "مجلس حوكمة **ستيب**". أخيرًا فإن "اللجنة الفرعية فى منظمة "مبرص" للوقت المناسب والفعالية "يُعهد إليها بمهمة دعم توصيل "الرعاية المناسبة لمريض محدد فى الوقت المناسب"، وذلك عن طريق مقاربة منهجية تشمل

(١) تحديد أفضل ممارسة.

(٢) تنفيذ إستراتيجية متعددة الجوانب.

(٣) تقييم التأثير. وجود هذا النوع من مجموعة للإشراف الإكلينيكى عنصر محورى فى مشروع أى نظام صحى لتحسين الجودة.

المراجـع

1. Corrigan, J. M., M. S. Donaldson, L. T. Kohn, S. K. Maguire, and K. C. Pike. 2001. *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century.* Washington, DC: National Academy Press.
2. Fleming, N. S., G. Ogola, and D. J. Ballard. 2009. Implementing a standardized order set for community-acquired pneumonia: Impact on mortality and cost. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 35 (8): 414–421.
3. Ballard, D. J., G. Ogola, N. S. Fleming, D. Heck, J. Gunderson, R. Mehta, R. Khetan, and J. D. Kerr. 2008. The impact of standardized order sets on quality and financial outcomes. In *Advances in patient safety: New directions and alternative approaches,* eds. K. Henriksen, et al. Rockville, MD: AHRQ Publications, nos. 08-0034 (1–4).
4. Ballard, D. J., G. Ogola, N. S. Fleming, B. D. Stauffer, B. M. Leonard, R. Khetan, and C. W. Yancy. 2010. Impact of a standardized heart failure order set on mortality, readmission, and quality and costs of care. *International Journal for Quality in Health Care* 22 (6): 437–444.
5. Horn, S. D., and J. Gassaway. 2010. Practice based evidence: Incorporating clinical heterogeneity and patient-reported outcomes for comparative effectiveness research. *Medical Care* 48 (6 Suppl): S17–22.
6. Tunis, S. R., D. B. Stryer, and C. M. Clancy. 2003. Practical clinical trials: Increasing the value of clinical research for decision making in clinical and health policy. *JAMA* 290 (12): 1624–1632.

الفصل السابع عشر

الـرعـاية بكفاءة

روبرت ت. جرين ودونالد كينرلى

مقـــدمة

نظام الرعاية الصحية بكفاءة، تُستخدم فيه الموارد للتوصل إلى أفضل قيمة مقابل ما أُنفق من المال.[١] عندما يتم توصيل الرعاية بدون كفاءة، تُستخدم الموارد بدون فائدة مباشرة للمريض، وهذا ينتج عنه الإهدار. هناك على الأقل طريقتان لتحسين مخرج الكفاءة: (١) الإقلال من الإهدار و(٢) الإقلال من التكاليف الإدارية أو تكاليف الإنتاج.[٢] من بين بؤر التركيز المهمة لمنظمة "مبرص" جعل الرعاية أكثر كفاءة والاحتفاظ في الوقت نفسه بجودة الرعاية الصحية أو تحسينها. التوصل إلى هذا الهدف يتطلب تعاونًا وثيقًا بين قواد الماليات والجودة يتسق مع النقطة الخامسة من النقط السبع الفعالة للقيادة عند "معهد تحسين الرعاية الصحية": بأن يُجعل الموظف المالى الرئيسى نصيرًا للجودة.[٣] ظلت منظمة "مبرص" لسنين عديدة وهى تثبيت عمليًا وجود هذا التعاون بين قواد الماليات والجودة كجزء من التزامها برعاية " **ستيب**" لزمن طويل.

المقاربات لتنظيم وإدارة مبادرات الجودة باتساع المنظومة

منظمة "مبرص" بالتزامها لزمن طويل بالتعاون بين القواد فى مجالات الماليات والجودة (انظر الفصل الخامس) ومع وجود بنية مجلس حوكمة **ستيب**" (محس) الذى يجلب معًا القواد الإكلينيكيين، والماليين، والإداريين (انظر الفصل الأول)، فإن هذا كله يعنى أن المنظمة مهيأة للاستجابة السريعة للتغيرات فى بيئة الرعاية الصحية. تتضمن التحديات الحالية إيجاد إصلاحات فى نظم الدفع وتغيرات

فى نظم التعويض، مثل ما تم إدخاله بواسطة برنامج "(الرعاية الطبية) للشراء على أساس القيمة"، وهو برنامج يجعل بؤرة الاهتمام بالحوافز تركز على القيمة، والجودة، والأداء. المستشفيات ذات الأداء السيئ تتعرض لأن تفقد ملايين الدولارات فى تعويضات "الرعاية الصحية" عند إدخال هذا البرنامج(٤) منظمة "مبرص"، بسبب تواصل التزامها برعاية " **ستيب**"، ليس لديها ما تخشاه، وهى فى موقف جيد بالنسبة لهذا التأكيد المتزايد على التعويض حسب القيمة وليس الحجم. وبوجه خاص، فإن التزام منظمة "مبرص" بقياس وتسجيل التقارير عن أدائها (انظر الفصل العاشر) يعنى أنها تجمع وتحلل القياسات بما فى ذلك نقاط القياس التى ينالها الأداء الإجمالى لبرنامج الشراء على أساس القيمة، وذلك قبل أن يظهر البرنامج نفسه للوجود، وبالتالى فقد أمكن "لمبرص" أن تتنبأ وتتوقع مسبقًا التأثيرات المحتملة على التعويضات فيها.

"الرعاية الطبية (MEDI CARE)" بدون ربح أو خسارة

هناك تحد خاص آخر تواجهه منظمة "مبرص" فى مجال الكفاءة، وهو الحفز على أن تكون "الرعاية الطبية" بدون ربح أو خسارة وهو ما تجسبه "مبرص" بأنه تخفيض التكاليف التخفيض المطلوب لعدم الربح أو الخسارة فى أعمال البيزنس "للرعاية الطبية" وفى أعمال البيزنس التجارية والإدارية فيما يتعلق بمعدلات الأجور فى "الرعاية الطبية". من وجهة منظور البيزنس، تحتاج منظمة "مبرص" إلى أن تغطى معًا تكاليفها المباشرة وغير المباشرة، حيث تكون التكاليف المباشرة هى تكاليف الرعاية المباشرة للمريض، وتكون التكاليف غير المباشرة هى تكاليف عمومية بدرجة أكبر، لا يمكن تحديدها فى مجال واحد فقط، وإنما يتم تخصيصها نمطيًا عبر مجالات مختلفة. يعنى هذا أن منظمة "مبرص" يجب أن تخفض تكاليفها بحيث إن إجمالى التكاليف (المباشرة مضافًا إليها غير المباشرة) تكون مساوية للتعويض حتى تصل إلى توازن بدون ربح أو خسارة.، حاليًا، تواجه منظمة "مبرص" وغيرها من المنظمات التى توصل الرعاية الصحية تخفيضات تعويض

"الرعاية الطبية " المتعلقة بلائحة "حماية المريض والرعاية التى يمكن تحمل تكاليفها". من المتوقع أن يعقب هذه التخفيضات أن يحدث انخفاض فى مدفوعات الرعاية التجارية ومدفوعات إدارتها. كنتيجة لزيادة عدد الأمريكيين المؤهلين "للرعاية الطبية"، وما يحدث معها من معدلات بطالة عالية نسبيًا، فإن هذا يسبب انخفاضًا فى نسبة المدفوعات من الممولين التجاريين. أدت هذه الأسباب إلى أن تتحرك أسواق كثيرة تجاه نماذج جديدة لدفع الأموال مثل الشبكات الطبقية، والمدفوعات المبنية على الحزمة/ المرحلة، ومنظمات الرعاية المتشاركة فى المخاطر / المسئولية، وضريبة الرأس المتوقعة للفرد الواحد.[٣] تحتاج منظمات توصيل الرعاية الصحية إلى أن يكون لديها ما هو مطلوب من البنية والقدرات لدعم مرحلة انتقالية سريعة تنتقل من دفع الأموال المبنى على الحجم إلى الدفع المبنى على القيمة.

التطور إلى نماذج جديدة لدفع المال سوف يتطلب تعديل المقاييس معها. جدول (١٧، ١) فيه مقارنة بين مقاييس حالية مختارة تتبع نموذج دفع النقود مقابل الخدمة، ومقاييس المستقبل المختارة التى تتبع نموذج دفع النقود مقابل القيمة.

خلق بنية تكاليف ذات كفاءة مرتفعة للتعامل مع هذه النماذج الجديدة لدفع المال سوف يتطلب جهدًا متواصلاً عبر جبهات متعددة لمنظمة "مبرص". يشمل ذلك أن يوجد الامتياز العملياتى، وإعادة تشكيل بنية الأشغال" البيزنس"، وإعادة تشكيل البنية الإكلينيكية (شكل ١٧، ١). التخلص من التبديد وتكرار العمل سيكون موضع بؤرة تركيز مهمة فى كل من هذه المجالات.

تحسين كفاءة الرعاية المتعلقة بمعالجة هذه العمليات سوف يتطلب حشدًا للعمل بمنهج طريقة التخلص من الإهدار (LEAN) عبر كل مواقع الرعاية والدعم الوظيفى.

بعض التيارات الحالية للقيمة التى يتم التعامل معها عبر منظمة "مبرص" تتضمن التالى:

(جدول ١٧،١)

مقاييس منتقاة لدفع الأجر مقابل الخدمة ولدفع الأجر مقابل القيمة

مقاييس منتقاة توجد حاليًا (الأجر مقابل الخدمة)	مقاييس منتقاة للمستقبل (الأجر مقابل القيمة)
الحجم (الإحصاء اليومى، حالات دخول المستشفى، زيارات أقسام الطوارئ، الملاحظات، الجراحات)	الحيوات المغطاة (عائد القسط لكل عضو فى كل شهر، تكلفة رعاية كل عضو شهريًا، التعرض لدعاوى ولكنها غير مسجلة)
خليط دافعى الأموال (تجارى أو حكومى، أو دفع المال للذات)	خبرة المرضى (الاتصال، استجابة هيئة العاملين، التعامل مع الألم، النظافة/الهدوء، معلومات صرف أو خروج المريض، مرتبة المستشفى عمومًا.
* زيادة الأسعار	* الاستخدام (معدلات أسعار الاستخدام حسب فائدة معونة صكوك الرهن). * الأيام المتاحة للدفع نقدًا. * نسبة الدين/رأس المال.
* الأيام المتاحة للدفع نقدًا. * نسبة الدين / رأس المال. * المخاطر.	* المقاييس العملية (الاحتشاء الحاد للقلب، هبوط القلب، الالتهاب الرئوى، الإنتان، التوقف عن التدخين، التعامل مع علاج السكرى).
* زمن مادة الإنتاج (متوسط مدة الإقامة، مدة الإقامة فى "الرعاية الطبية"، مدة الإقامة فى غرفة الطوارئ) .	* النتائج الصحية (مؤشر معدل الوفيات، مؤشر معدل المضاعفات، ما يمكن تجنبه من حالات الدخول، إعادة الدخول)
* نوع هيئة العاملين (موظفين طول الوقت، شغالين بوكالة/عقود).	
* مدى حدة الحالة (المؤشر المختلط للحالات، المؤشر المختلط "للرعاية الطبية".	

- تسجيلات قسم الطوارئ.
- زمن الإنتاج فى غرفة العمليات.
- إيجاد موارد إستراتيجية.

(شكل ١٧،١)

خلق بنية للتكاليف ذات كفاءة عالية يتطلب

الامتياز العملياتى	إعادة تشكيل بنية الأشغال (البيزنس)	إعادة تشكيل البنية الإكلينيكية
* الميزانيات ووسائل التحكم	الاندماجات واكتساب حيازة الملكية	عمليات الرعاية
* دورة العائد	تعزيز تخصيص رأس المال	تكامل الأطباء
* سلسلة الإمداد	إعادة تصميم النموذج العملياتى	شبكات ضيقة
* القياس وتسجيل التقارير	جعل محفظة الأوراق فى حالة مثلى	جعل توزيع الخدمات فى حالة مثلى
* الإنتاجية	مرحلة الانتقال فى دفع الأموال (من دفع أجر للخدمة إلى دفع أجر للقيمة)	الخط المتصل للرعاية التنسيق
* إدارة المصروفات		تكنولوجيا المعلومات رعاية قابلة للتشغيل الوصول للوضع الأمثل

(شكل ١٧،١)

خلق بنية للتكاليف ذات كفاءة عالية

التقدم تجاه خفض شامل للتكاليف

مرحلة فعالة للانتقال/ إدارة التغير والتنفيذ

صلبة	صلابة أشد	أقصى الصلابة
ممولون كثيرون		ممولون قواد منتقون

* زمن الإنتاج فى قسم الطوارئ.
* تكاليف الرعاية بغرفة العمليات.
* التصوير التشخيصى.
* اختبارات ما قبل الإدخال للمستشفى.
* مدة إقامة المرضى الداخليين.

بعض مستشفيات منظمة "مبــرص" قـــد أنــشأت أيــضًا "لجـــان عمليـــات للإستراتيجيات والتكنيكات" وتعمل على المستوى المحلى لتعيين وتخفيض التغـــاير فى عوامل دفع التكاليف بين الأطباء.

لضمان المسئولية فى الرعاية بكفاءة، غُرست فى ميزانية المنظومـــة بكـــل اتساعها، وغرست أيضًا فى الخطة المالية الإستراتيجية، خطـــط تكنيكيـــة تتعلـــق بالامتياز العملياتى، وإعادة تشكيل بنيـــة الأشـــغال (البيـــزنس)، وإعـــادة تـــشكيل البنية الإكلينيكية.

الدروس المستفادة

أول درس تعملته منظمة "مبرص" فى رحلتها تجاه توفير رعاية أكفأ هو أن الكفاءة تحتاج إلى أن تكون لها أولوية على مستوى البنية. لا يمكن للمنظمـــات أن تصبح ذات كفاءة بين ليلة وضحاها؛ يجب أن تنمى المنظمات عن عمـــد ببنيـــات تسهل وجود كفاءة أكبر. شكلت منظمة "مبرص" مجلس "محس" لضمان أن تـــدمج المشاغل المالية المثيرة للقلق فى أهداف ومبادرات تحسين الجودة علـــى النطـــاق الواسع للمنظمة.

الدرس الثانى هو أن قواد الماليات وقواد الجودة يجـــب أن يـــشكلوا كيـــان تشارك لدفع رعاية "**ستيب**" قدمًا. من المطلوب وجـــود مقاربـــة بأســـلوب شـــامل لمعالجة أمر التحسين. تلتزم منظمة "مبرص" بتقوية الصلة بـــين أهـــداف الجـــودة والأهداف المالية.

الدرس الثالث هو أن المنظمة يجب أن تقوّى التزامها بتوصيل رعاية صحية رفيعة القيمة (جودة الرعاية مقابل تكاليف الرعاية). يجب أن يكون الاهتمام بالنسبة لإصلاحات المدفوعات وتغييرات التعويض، مركزًا على الحوافز من أجل القيمـــة،

والجودة والأداء، ويجب على منظمات توصيل الرعاية الصحية أن تستجيب سريعًا لهذه التغيرات بينما تبقى محتفظة بتركيز الاهتمام على التمحور على المريض.

الاستنتاج

أحد الأهداف المهمة لمنظمة "مبرص"، بما يتسق مع توفير رعاية "**ستيب**"، هو أن تجعل الرعاية أكثر كفاءة مع الاحتفاظ بجودة الرعاية الصحية أو تحسينها. التوصل لهذا الهدف يتطلب تعاونًا قويًا بين القواد الماليين وقواد الجودة. هذه المشاركة، مع التزام المنظمة بقيم المريض ووجود بنية تحتية لها تدعم توصيل رعاية "**ستيب**" ، هذا كله قد جعل المنظمة فى وضع مهيأ للنجاح فى بيئة من رعاية صحية تتغير تغيرًا سريعًا.

المراجع

1. Palmer, S., and D.J. Torgerson. 1999. Economic notes: Definitions of efficiency. *British Medical Journal* 318 (7191): 1136.
2. Corrigan, J. M., M. S. Donaldson, L. T. Kohn, S. K. Maguire, and K. C. Pike. 2001. *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century.* Washington, DC: National Academy Press.
3. Reinertsen, J. L., M. Bisognano, and M. D. Pugh. 2008. *Seven leadership leverage points for organization-level improvement in health care*, 2nd ed. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement.
4. MX.com. 2013. Value-based purchasing: Improving the U.S. healthcare system by focusing on quality rather than quantity. White Paper. Online at: http://mx.com/resources/whitepapers/improving-us-healthcare-system-through-value-based-purchasing (accessed May 15, 2013).

الفصل الثامن عشر

الرعايـــة بعدالـــة

كليفورد ت. فولرتون

مقــدمة

طبقًا "لمعهد الصحة"، فإن هدف أى منظمة للرعاية الصحية هـو تحـسين الوضع الصحى وأن يتم أداء ذلك بطريقة تقلل من التفاوتات فـى الـصحة بـين مجموعات فرعية معينة.[1] عند توصيل الرعاية الصحية بعدالـة، يكـون أسـاس التوصل إلى الرعاية وجودة الخدمات هو الاحتياجـات المحـددة للأفـراد ولـيس الخصائص الشخصية التى لا علاقة لها بالسبب للسعى للرعاية. ينبغـى ألا يكـون هناك تغاير فى الجودة على أساس الخصائص مثل الجنوسة، أو العنصر، أو السن، أو العرقية، أو الدخل، أو التعليم، أو التعـوق، أو التوجـه الجنـسى، أو موضـع الإقامة.[1] منظمة "مبرص" تلتزم من زمن طويل بالرعاية العادلة بما يرجع تاريخه وراء إلى ١٩٠٣، عندما تم تأسيس أول مستشفى فى المنظمة بواسطة القس جورج ت. ثرويت الراعى لأول كنيسة معمدانية فى دالاس، وتـم تطورهـا علـى أنهـا "مستشفى إنسانى كبير، يمكن أن يأتى إليه البشر من كل العقائد، وكـذلك مـن لا عقيدة لهم، ويأتون إليه جميعًا بثقة متـساوية".[2] يـصف هـذا الفـصل بعـض الإستراتيجيات والمبادرات الخاصة التى نفذتها منظمة "مبرص" فى جهودها لـدفع عدالة الرعاية الصحية عبر كل المنظمة.

بنيانات دعم العدالة الصحية

مجلس حوكمة **ستيب** (محـس) فـى منظمـة "مبـرص" يـربط الجهـود والاستثمارات للتوصل إلى التكامل عبر كل مجالات "**ستيب**" (انظر الفصل الأول). مبادرات العدالة تدفعها أساسًا "اللجنة الفرعية للعدالة":

هناك بنى أخرى تدعم الرعاية بعدالة داخل "مبرص"، وهى تشمل "معهد (مبرص) للأمراض المزمنة وإعادة تصميم الرعاية"، ويعمل لتحسين توصيل رعاية المرضى عن طريق "مجلسه للأمراض المزمنة" و "مجلس حوكمة رعاية المرحلة الانتقالية" (وهو يشمل لجنة عدالة فرعية). يساعد "مجلس الأمراض المزمنة" على أن يضمن إمكان توصل المرضى بالأمراض المزمنة إلى الرعاية ويساعد على معالجة أمور حالاتهم بصرف النظر عن العنصر، أو العرق، أو النوع التأمينى، أو الخصائص الشخصية الأخرى. يعمل هذا المجلس وثيقًا مع سبع عيادات للمجتمع فى "شبكة توفير الصحة لتكساس" تتخذ موقعها فى أربعة مستشفيات لمنظمة "مبرص" لتوفير هذه الرعاية.

فى أوضاع الرعاية المتنقلة فى "شبكة توفير الصحة لتكساس" تتضمن "لجنة أفضل رعاية" لجنة فرعية للعدالة (انظر الفصل الرابع عشر) مسئولة أساسًا عن التعامل مع التباينات فى حالات السكرى وأن تزيد من جمع البيانات المتعلقة بالعنصر، والعرقية، واللغة الأولية. هذه البيانات تمكّن "شبكة توفير الصحة لتكساس" من أن يكون فهمها أفضل لثغرات الرعاية التى قد تنشأ عن طريق الاختلافات العنصرية، والإثنية، واللغوية، وتمكنها من إعادة تصميم الرعاية للإيفاء بالاحتياجات الخاصة لمجموعة السكان المختلفة.

"متطوعو الطب" لتحسين صحة المجتمع

برنامج "متطوعو الطب" هو حملة من "شبكة توفير الرعاية لتكساس" لتحسين صحة المجتمع وخدمتها. منذ ١٩٩٨ وفى هذا البرنامج "لشبكة توفير الصحة لتكساس" الأطباء و أفراد هيئة العاملين الذين لديهم الفرص لتحسين العدالة الصحية خلال كل مجتمع مدن دالاس – فورت وورث. هناك عددٌ من البرامج المبتكرة التى ينسقها "مكتب رعاية المجتمع" ويستطيع الأطباء وأفراد هيئة العاملين عن طريقها أن يمنحوا وقتهم، وخدماتهم، والمال لإنجاز الأهداف التالية:

١- توسيع سهولة توصيل الرعاية لمن ينالون خدمة طبية أقل مما ينبغى.

٢- تحسين الوضع الصحى لمن ينالون خدمة طبية أقل مما ينبغى.

٣- توفير القيادة الطبية خلال كل المجتمع.

٤- دعم وضع اللاربحية فى "شبكة توفير الصحة لتكساس".

٥- خلق ثقافة الخدمة خلال كل المنظمة.

برنامج "متطوعو الطب" بُنى أصلاً حول فكرة تملك إستراتيجية محددة لأعمال خدمة المجتمع مؤسسة على الأطباء، وقد تنامى هذا البرنامج ليوفر الفرص للأطباء الموظفين للمشاركة فى مقاربة منسقة لخدمة المجتمع، وكذلك أيضًا لدعم مهام طبية عديدة فى البلاد النامية. البرنامج هكذا يزيد من التزام "شبكة توفير الرعاية لتكساس" بأن توفر رعاية المريض، والتثقيف الطبى، والأبحاث، وخدمة المجتمع.(٣)

التشارك على أساس المجتمع للإقلال من استخدام

قسم الطوارئ لغير المؤمن عليهم

تدل البيانات القومية على أن ما يقرب من ١٩ فى المائة من الأفراد غير المسنين هم بدون تأمين صحى.(٤) عدم وجود تأمين يشيع أكثر بين الأفراد ذوى المستوى المنخفض من الدخل والتعليم، وبين الأقليات العرقية.(٤) الأمريكيون المنتمون للأقليات وذوى الدخول المنخفضة غير المؤمن عليهم ينقصهم عمومًا وجود مصدر منتظم للرعاية الطبية، ويعانون من ظروف طبية إما أنها يمكن توقيها أو أنها يمكن علاجها بسهولة فى أوضاع العيادة الخارجية.(٥)

"مشروع سهولة التوصل فى دالاس" كيان من المشاركة فى الإيمان والصحة على النطاق الواسع للمجتمع تم إنشاؤه ليوفر سهولة التوصل لخدمات الرعاية

والوقاية للأفراد العاملين ذوى الدخول المنخفضة الذين ليس لديهم تأمين صحى ويقيمون فى دالاس بتكساس. تتمركز البؤرة الجغرافية للمشروع فى منطقة دالاس المركزية، وهى منطقة تتميز بنسب عالية من المجموعات التى يرجح استخدامها لأقسام الطوارئ كمصدر معتاد للرعاية.(٦)

"مشروع سهولة التوصل فى دالاس" (واختصاره بالإنجليزية "باد – **PAD**" أو الحروف الأولى لكلمات **Project Access Dallas**) كان نتيجة للمشاركة لزمن طويل بين منظمات مؤسسة على الإيمان، ووكالات حكومية، ومنظمات للخدمة الاجتماعية، والمستشفيات أيضًا، والمجتمع الطبى المحلى، والعديد من الجامعات، ومدرسة للطب. منظمة "مبرص" تشكل أحد شركاء المجتمع المهمين فى مشروع "باد". مشروع "باد" مع خلقه لبنية تحتية تنظيمية وإدارية يوفر مدخلاً سهلاً متناسقًا لغير المؤمن عليهم للوصول إلى ما يوجد فى المجتمع من العيادات الصحية المؤسسة على الإيمان، والأطباء المتطوعين للرعاية الأولية والتخصصية، والمستشفيات والصيدليات المحلية.(٦)

الأطباء، والمستشفيات، والشركاء الداعمون الذين يتطوعون فى البرنامج يحددون مستواهم فى المساهمة بالموافقة على منح خدماتهم ورؤية عدد معين من المرضى فى كل سنة. إدراج المرضى فى البرنامج يرجع إلى الأطباء المتطوعين، والعيادات الصحية الخيرية المشاركة، والمستشفيات المشاركة. عندما يُدرَج أحد المرضى فى مشروع "باد" يخصص له طبيب للرعاية الأولية، ويتلقى ٧٥٠ دولارًا فى كل سنة فى شكل انتفاع بالصيدلية، ويكون له حق الوصول مجانًا للرعاية الصحية التخصصية، والمعامل، والإجراءات الداعمة، وتنسيق الرعاية، ورعاية المرضى الداخليين بالمستشفى.(٧)

منذ بدأ مشروع "باد" فى رؤية المرضى فى أبريل ٢٠٠٢، أخذ المشروع يتنامى باطراد ليشمل أكثر من ٢٢٠٠ طبيب، و١٧ من المستشفيات، و١٤ من

العيادات الصحية للمجتمع والأغراض الخيرية، وعشر منظمات إضافية لدعم الخدمات، ومنظمتين اثنتين من خدمة المعامل القومية، وأكثر من ٤٠٠٠٠ صيدلية على نطاق الدولة.[٧] وجدت دراسة فى ٢٠١٢ أن المدرجين فى برنامج "باد" ينخفض عدد زيارتهم لقسم الطوارئ انخفاضًا له معناه إحصائيًا بالمقارنة بأمثالهم من غير المدرجين فى "باد"، كما تكون أيام إقامتهم بالمستشفى كمرضى داخليين أقل أيضًا بما له معناه إحصائيًا عما بالنسبة لنظرائهم غير المدرجين فى "باد". التكاليف المباشرة للمستشفى أقل بنسبة ٦٠ فى المائة عند المدرجين فى "باد"، كما تقل تكاليفهم غير المباشرة بالمستشفى بنسبة ٥٠ فى المائة.[٦]

تحسين الرعاية عن طريق برنامج للعدالة فى حالات السكرى

فى ٢٠٠٩ فازت منظمة "مبرص" بمنحة من ١،٧ مليون دولار من "مؤسسة شركة ميرك" وذلك لتحسين وتوسيع رعاية مرضى السكرى بتنمية مجتمع من التعاونيات خلال مقاطعة دالاس كلها كجزء من برنامج للعدالة فى حالات السكرى، ويسمى "DEP– ديب" كاختصار للكلمات الإنجليزية:

Diabetes Equity Program (برنامج العدالة السكرى). أنشأت منظمة "مبرص" وشركاؤها فى المجتمع برنامج "ديب" لأن حالات السكرى من النوع الثانى (Type2) هى من أكثر حالات الأمراض المزمنة انتشارًا فى الولايات المتحدة وأسرعها تناميًا، مع وقوع أكبر عبء على كاهل الأقليات على نحو فيه عدم تناسب عدديًا.[٨] المرضى الأمريكيون الأفريقيون والهسبانا يعانون من معدل للوفيات والمضاعفات المتعلقة بالسكرى هو أعلى مما لدى المرضى القوقازيين، كما أن احتمال تلقيهم لما يوصى به من عمليات الرعاية أقل عند القوقازيين.[٩،١٠] تبينت منظمة "مبرص" أنه يمكن التوصل إلى تحسين الصحة فى المجتمع عن

طريق تدخلات المجتمع، والأشكال المختلفة من الكيانات المشاركة، تدخلاً طبيًا وتدخلاً له توجه من الصحة العامة.[١١،١٢] شكلت منظمة "مبرص" كيانًا للمشاركة المجتمعية يتضمن "شبكة توفير الصحة لتكساس"، ومشروع "باد" و "عيادات دالاس الخيرية" وذلك لتنفيذ برنامج "ديب". الهدف هو الإقلال من التباينات بتحسين سهولة الدخول لرعاية السكرى وتحسين جودة الرعاية، والنتائج الصحية، وذلك بالنسبة لمن يقيمون فى دالاس من الأفراد ذوى الدخول المنخفضة، والأقليات، وغير الحائزين على التأمين، والأفراد الذين ينالون خدمة أقل مما ينبغى. تم تنفيذ برنامج "ديب" فى مواقع عديدة فى المناطق التى تنال خدمة أقل مما ينبغى خلال كل مقاطعة دالاس.

يستخدم البرنامج عنصر تثقيف المريض فى برنامج "تثقيف المجتمع عن السكرى" الذى تم تنفيذه بنجاح فى موقع "لباد" لإدراج المرضى، ودار طبية، واسم الموقع هو "سيتى سكوير (وكان سابقًا يسمى "خدمات وزارات الخدمة الصحية للمجتمع فى منطقة دالاس المركزية)، وقد أثبت عمليًا تحسنًا له معناه إحصائيًا فى التحكم فى السكر فى الدم (كما يُقاس بمستوى "**HbA1c**") وذلك بالنسبة للمرضى الذين شاركوا فى البرنامج لاثنى عشر شهرًا.[١٣] برنامج تثقيف المجتمع عن السكرى يستخدم مشتغلاً بصحة المجتمع مؤهلاً لتوصيل منهج دراسى للتثقيف عن السكرى، تمت المبادرة به عن طريق جهد أساسى مبنى على المجتمع لتحسين سهولة التوصل لخدمات التثقيف عن السكرى، والإقلال من التباينات الصحية فى المجموعة السكانية الكبيرة من غير المؤمن عليهم من الأمريكيين المكسيكيين الذين ينالون خدمة أقل مما ينبغى ويقيمون فى شرق دالاس.

نموذج "تثقيف المجتمع عن السكرى" تم تنفيذه فى خمس عيادات مجتمعية، ليزود المرضى بمقاربة منظمة منهجية للتعامل مع السكرى. مرضى برنامج "ديب"

توصلوا إلى تحسينات لها معناها إحصائيًا بقياس النتيجة الأولى، أى قياس التحكم فى سكر الدم بطريقة (HbA1c)، مع انخفاض المتوسط من ٧و٨ فى المائة عند خط القاعدة إلى ٤و٧ فى المائة. تطرح هذه النتائج أن هذا النموذج للرعاية الذى يقوده مشتغل بصحة المجتمع هو نموذج فعال للتعامل مع السكرى يمكن تكراره بنجاح فى العيادات التى تخدم مجموعات السكان الهسبانا ذوى الدخل المنخفض.(١٤)

نجاح منظمة "مبرص" فى تنفيذ برنامج "ديب" فى مجتمعات دالاس يوفر خريطة للطريق لتخفيض التباينات الصحية. التوصيل الجديد لنماذج الرعاية التى تستخدم مشتغلين بصحة المجتمع لتوفير تثقيف المريض وتنسيق الرعاية، له القدرة على إحداث تحول فى الرعاية الصحية وتحسين نتائج المرضى بالحالات المزمنة.(١٤)

الدروس المستفادة

تعلمت منظمة "مبرص" أنه حتى تكون هناك أولوية للعدالة عبر المنظمة كلها، يجب أن تكون العدالة مدمجة فى رؤية المنظمة، ورسالتها، وقيمها. الالتزام بالعدالة فى منظمة "مبرص" يتم تنفيذه بأكثر وضوح بما تفيد به الرسالة عنه بأنه تتم "... خدمة كل الناس عن طريق ما يُضرب به المثل من الرعاية الصحية، والتثقيف، والبحث، وخدمة المجتمع " ، كذلك فإن قيم منظمة "مبرص" لتقديم الخدمة للمجتمع تدفع لتوفير الرعاية العادلة خلال كل المنظمة.

الدرس الثانى الذى تعلمته منظمة "مبرص" هو أن توفير الفرص للموظفين "لأن يصبحوا مشاركين فى توسيع الامتداد فى المجتمع، يمكن أن يكون وسيلة قوية للتوصل للرعاية العادلة. منظمة "مبرص" وشبكة تكساس لتوفير الصحة ثابرتا

لزمن طويل على تشجيع الأطباء لأن يمنحوا وقتهم ومواهبهم للمجتمع. برنامج "متطوعو الطب" وشتى المشاركات المختلفة فى المجتمع بين "مبرص" والمنظمات، مثل "باد" وعيادات صحة المجتمع، تمكن الأطباء والآخرين من أن يجعلوا خدمة المجتمع فى وضع الأولويات. هذا العمل يسهل التوصل للدخول للرعاية الصحية المحسنة، وتوصيل الرعاية، ونتائج الرعاية خلال كل المجتمع.

منظمة "مبرص" كما أنها عززت تركيزها على العدالة كجزء من التزامها برعاية "**ستيب**"، فإنها تعلمت أيضًا أن المعايرة على نطاق المنظمة كلها فى تنفيذ وقياس نتائج مبادرات الجودة أمر متكامل للتحسين. تنفذ منظمة "مبرص" المعايرة عن طريق مجالس عديدة مخصصة للرعاية العادلة، بما فى ذلك مجلس "محس"، و"لجنته الفرعية للعدالة"، و"مجلس الأمراض المزمنة"، ولجنة "أفضل رعاية فى شبكة توفير الصحة لتكساس" ولجنتها الفرعية للعدالة. على النطاق الواسع للمنظمة، فإن المعايرة الحساسة ثقافيًا لرعاية الأمراض المزمنة عبر الخط المتصل للرعاية تؤدى لضمان الرعاية العادلة والنتائج العادلة لكل المرضى.

الاستنتاج

تلتزم منظمة "مبرص" بتوفير رعاية عادلة للمريض – تعرّف بأنها الرعاية التى توفَّر بجودة متينة متماسكة، وليس لها علاقة بخصائص المريض، مثل الجنوسة، والعرقية، والموقع الجغرافى، والوضع الاجتماعى الاقتصادى – وذلك كجزء من الرعاية بطريقة "**ستيب**". البنى التى تدعم الرعاية العادلة داخل "مبرص" تشمل مجلس "محس"، و"مجلس حوكمة الأمراض المزمنة والرعاية الانتقالية"، ولجنة "أفضل رعاية" فى شبكة توفير الصحة لتكساس". منظمة "مبرص" و "شبكة توفير الصحة لتكساس" تلعبان دورًا مركزيًا مثل ذلك فى مبادرات عديدة خاصة

لتحسين العدالة الصحية خلال كل مجتمــع دالاس – فــورت وورث، وتــسهمان بالموارد وتوفران الميكانزمات التى يستطيع الموظفون عن طريقها التطوع بوقتهم ومواهبهم. منظمة "مبرص" تقود أيضًا الأبحاث لتحديد الوسائل الفعالة للتوصل إلى الرعاية العادلة. تطرح نتائج أحد هذه المشاريع أن نموذج المشتغل بصحة المجتمع قد يكون أداة قوية فى هذا المجال، خاصة بالنسبة للتعامل مع الأمراض المزمنة.

المراجع

1. Corrigan, J. M., M. S. Donaldson, L. T. Kohn, S. K. Maguire, and K. C. Pike. 2001. *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century.* Washington, DC: National Academy Press.
2. Mayberry, R. M., D. A. Nicewander, H. Qin, and D. J. Ballard. 2006. Improving quality and reducing inequities: A challenge in achieving best care. *Proceedings* (Baylor University Medical Center) 19 (2): 103–118.
3. Intermountain Healthcare. 20-day course for executives & QI leaders—Advanced Training Program (ATP). Online at: http://intermountainhealthcare.org/qualityandresearch/institute/courses/atp/Pages/home.aspx (accessed March 21, 2013).
4. The Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured. 2011. *The uninsured: A primer.* Menlo Park, CA: The Henry J. Kaiser Family Foundation.
5. Lurie, N., and T. Dubowitz. 2007. Health disparities and access to health. *JAMA* 297 (10): 1118–1121.
6. DeHaven, M., H. Kitzman-Ulrich, N. Gimpel, D. Culica, L. O'Neil, A. Marcee, B. Foster, M. Biggs, and J. Walton. 2012. The effects of a community-based partnership, Project Access Dallas (PAD), on emergency department utilization and costs among the uninsured. *Journal of Public Health* (Oxford) 34 (4): 577–583.
7. Project Access Dallas. Online at: http://www.projectaccess.info/ (accessed February 26, 2013).
8. Centers for Disease Control and Prevention. 2005. *National diabetes fact sheet: General information and national estimates on diabetes in the United States.* Atlanta: CDC.
9. Heisler, M., D. M. Smith, R. A. Hayward, S. L. Krein, and E. A. Kerr. 2003. Racial disparities in diabetes care processes, outcomes, and treatment intensity. *Medical Care* 41 (11): 1221–1232.
10. Sequist, T. D., G. M. Fitzmaurice, R. Marshall, S. Shaykevich, D. G. Safran, and J. Z. Ayanian. 2008. Physician performance and racial disparities in diabetes mellitus care. *Archives of Internal Medicine* 168 (11): 1145–1151.
11. Anderson, N L., E. R. Calvillo, and M. N. Fongwa. 2007. Community-based approaches to strengthen cultural competency in nursing education and practice. *Journal of Transcultural Nursing* 18 (1 Suppl): 49S–59S; discussion 60S–67S.
12. Srinivasan, S., and G.W. Collman. 2005. Evolving partnerships in community. *Environmental Health Perspectives* 113 (12): 1814–1816.
13. Culica, D., J. W. Walton, and E. A. Prezio. 2007. CoDE: Community diabetes education for uninsured Mexican Americans. *Proceedings (Baylor University Medical Center)* 20 (2): 111–117.
14. Walton, J. W., C. A. Snead, A. W. Collinsworth, and K. L. Schmidt. 2012. Reducing diabetes disparities through the implementation of a community health worker-led diabetes self-management education program. *Family & Community Health* 35 (2): 161–171.

الفصل التاسع عشر

رعاية مركزها المريض

تيرى ديكسترهاوس نوس

مقــدمة

وضع الخدمة (أن تكون خادمًا للآخرين) هو أحد القيم الرئيسية فى منظمــة "مبرص". مركزية المريض هى الطريقة الأساسية لتسهيل الخدمة والتوصل للثقــة. يحتاج المرضى إلى تشجيعهم بفعالية فى كل مقابلة، بواسطة كل واهــب حــريص للرعاية، من أجل

(١) أن يساهم هؤلاء المرضى فى رعاية أنفسهم.

(٢) وأن يطرحوا احتياجاتهم، وقيمهم وتفضيلاتهم.

(٣) أن يفهموا كل ما لهم من خيارات، وما يتعلق بذلك من نتائج والتزامات قبل أن يصنعوا القرارات المبنية على المعلومات المنورة.

الأسئلة التى يجب أن تتعامل معها نظم الرعاية الــصحية تتــضمن: كيــف تستطيع منظمات توصيل الرعاية الصحية أن تنجز ذلك إلى جانب تلك العمليــات بتوجيهها العالى وحركتها السريعة والتى تخلق مطالــب ملحــة زمنيًــا ؟ وكيــف تستطيع أن تضمن أن الرعاية تُكتسب فرديًا أثناء جنى المريض للفوائد الناتجة التى يمكن التوصل لها بتطبيق رعاية معايَرة مبنية على الأدلة؟ تعاملت منظمة "مبرص" مع هذه التحديات عن طريق التزامها لزمن طويل بتحسين الرعاية خــلال مفــاهيم مركزية المريض.

بنى لدعم رعاية مركزها المريض

أرست منظمة "مبرص" "الميثاق المثالى لخبرة المريض" فى ٢٠٠٥ وبموجبه تم إنشاء "الفريق المثالى لخبرة المريض". أهداف الفريق هى خلق متطلبات على اتساع المنظومة للتحكم فى "خبرة المريض المثالية"، وتحسين عدد نقاط الفوز بمقياس رضاء المريض عبر منظمة "مبرص" كلها، ومنهجه الطرائق للحصول على مُدخل من المريض، ولاستخدام قياسات مركزية المريض فى الإستراتيجية العامة للتسويق فى "مبرص".

فى ٢٠٠٦، أنشأت "مبرص" باتساع المنظمة "مكتب مركزية المريض". كان "لمبرص" ابتكارها فى فهم الحاجة للبنية التحتية لتعريف ودعم الجهد لمركزية المريض. حتى وقت حديث فى ٢٠١١، طرحت نتائج أبحاث المسح فى المهنة أن عددًا قليلاً من نظم توصيل الرعاية فى الولايات المتحدة يبلغ ٦ فى المائة فقط لديه قائد تنفيذى مخصص للرعاية المركزية للمريض.[١]

التزام الحوكمة برعاية مركزها المريض

تواصُل التزام "مجلس منظمة مبرص" بمركزية المريض يبدو واضحًا فى أهداف المنظمة وبرنامج حوافز القادة. يتم التوصل إلى مركزية المريض عن طريق أهداف إرضاء المريض التى تدخل فى منطقة بؤرة الاهتمام "بالخدمة" فى منطقة "مبرص". تنحدر هذه الأهداف فى تسلسل لتصل إلى كل الموظفين، وتُدمَج فى برنامج مكافأة أداء القواد، وتوفير جزء من تعويضهم إزاء المخاطر.

أُقر التزام "المجلس" بمركزية المريض على نحو قومى فى ٢٠٠٧، عندما فازت منظمة "مبرص" بأول جائزة سنوية "لمباراة الوثب عاليًا" (وثبة الضفدع) فى الرعاية المركزية للمريض". تركيز مجلس "مبرص" وقائدها التنفيذى على الاهتمام بتحسين مركزية المريض كان مفيدًا فى تحسين أداء "مبرص" فى مجال "احتمالات ما يوصى به" بشأن نقاط القياس، وبشأن الفوز بزيادة فى عدد نقاط قياس رضا المرضى عمومًا عبر السنوات الخمس الماضية (شكل ١٩،١).

في ٢٠٠٩، ذهب مجلس منظمة "مبرص" إلى مدى أبعد في إثباته عمليًا لالتزامه بتحسين الوضع المركزي للمريض بأن أحضر إلى دالاس " الحلقة الدراسية للتدريب لمعهد مركزية المريض – والأسرة"، وأشركت "مبرص" آخرين في استضافتها لهذا الحدث القومي الذي لا يهدف للربح بأن استضافت معه "مستشفى الأطفال"، وأوفدت ٦٤ من القواد، والأطباء، وأفراد هيئة العاملين إلى هذه الحلقة الدراسية التي استمرت لثلاثة أيام ونصف اليوم حتى يكتسبوا فهمًا أفضل لما يعنيه الوضع المركزي للمريض.

تعزيز وإرساء ثقافة مركزية المريض

تحسين الرعاية المركزية للمريض يتطلب تحولاً ثقافيًا رئيسيًا خلال كل المنظمة، أحد التحديات المبكرة التي صاحبت إرساء ثقافة مركزية المريض في منظمة "مبرص" هو أن تُرتب في صف متسق عمليات القياس والأهداف عبر كل المنظمة. في ٢٠٠٦ كان هناك أربعة عوامل مهمة مختلفة في إدارة التعامل مع قياسات مركزية المريض عبر كل المنظمة، إلا أنه كثيرًا ما كانت أبحاث المسح على المرضى متحيزة وتُدار فقط حول نقطة الرعاية. أول خطوة تجاه تحسين مركزية المريض هي معايرة القياس وتسجيل التقارير عن رضاء المريض. في حوالي الوقت نفسه كانت المنظمة عبر كل الولايات المتحدة تتحول إلى استخدام أبحاث المسح بشأن "تقييم عملاء المستشفى لمقدمي الرعاية الصحية ونظمها" وذلك من أجل قياس رضاء المريض وضمان أنه ينتظم في صف متسق مع الأولويات القومية فيما يتعلق برعاية مركزية المريض.

نفذت منظمة "مبرص" كتابة تقارير مركزية لقياسات رضاء المريض وذلك في تقاريرها الشهرية "لأفضل رعاية" (وهي الآن تقارير رعاية "**ستيب**") وأخذت المنظمة تعلم قوادها بشأن القياسات بواسطة "معهد منظمة مبرص لتنمية القيادة"، وخطط الاتصالات، ومواقع شبكة ويب الداخلية، واجتماعات لمجالس ذات فروع معرفية متعددة. بالنسبة للأفراد العاملين في خط المواجهة، ركزت منظمة "مبرص" اتصالاتها المتعلقة بمركزية المريض على أوجه السلوك بجوار سرير المريض

(بما فى ذلك كتابة نص عن الاتصالات بالمرضى والعائلات)، وسهولة وصول العائلة/ الأصدقاء للدخول وتشجيع المرضى على المساهمة، والمتابعة مع المرضى باتصالات الرعاية بعد صرفهم أو خروجهم من المستشفى، وإنشاء "لوائح للسلوك" فى الممارسات الطبية. حوفظ على بقاء الرسالة ثابتة فى إطراد أمام الموظفين، عن طريق نشر قصص أفراد هيئة العاملين والمرضى فى نشرات الرسائل الإخبارية التى تُرسل إلى بيوت الموظفين. أضافت منظمة "مبرص" أيضًا إدخال معتقدات رعاية مركزية المريض لبرنامجها لتوجيه الموظفين الجدد الذى يستغرق يومين.

إحدى الإستراتيجيات الجديدة التى استخدمتها منظمة "مبرص" هى إدخال المرضى والعائلات فى المجالس واللجان العملياتية "كمستشارين" يرفعون الصوت بوجهة نظر المريض، وذلك بمثل ما أُوصى به فى النقاط السبع الفعالة للقيادة التى ذكرها " معهد تحسين الرعاية الصحية": "إدخال المرضى والعائلات فى فريق التحسين ليس فيه فحسب تقوية لمهمة الدفع لإنجاز النتائج التى تقاس، وإنما هو أيضًا نقطة فعالة لها أعظم الإمكانيات لدفع تحول نظام الرعاية كله على المدى الطويل".(٢) توصيات المرضى قد ساعدت منظمة "مبرص" فى إعادة تصميم الآراء عن صرف أو خروج المرضى، وإيجاد منشآت جديدة لخدمات النساء ومرضى السرطان، وإعادة التوفيق بين أشكال العلاج. يحضر المرضى جلسات المعهد القومى للرعاية المركزية للمريض – والعائلة" ويعودون ومعهم التوصيات والاكتشافات. وهم يشاركون فى الجلسات الدورية الإستراتيجية، ويحضرون اجتماعات فريق التوجيه، ويساعدون موظفى منظمة "مبرص" على أن يفهموا فهمًا أفضل ما الذى يعنيه توصيل رعاية مركزها المريض.

أمثلة لمبادرات رعاية مركزها المريض:

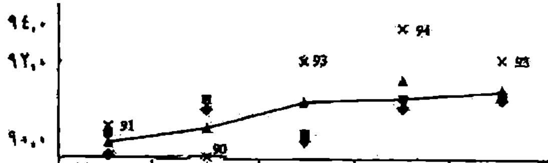
تكنيكات "رعاية مبنية على الأدلة"

تدرب منظمة "مبرص" أفراد هيئة العاملين بها على استخدام تكنيكات عديدة لدعم وتسهيل رعاية مركزية للمريض. يتم التنفيذ بمساعدة من "مجموعة ستيودر" وتستمر بإذن من "ستيودر"، وقد تم وصف العديد من التكنيكات فى أسفل.

(شكل ١٩،١)

احتمال التوصية لمتوسط نقاط القياس للمرضى الداخليين والخارجيين وقسم الطوارئ والخدمات الانتقالية (السنة المالية ٢٠٠٨ – ٢٠١٢)

احتمال التوصية بمتوسط نقاط القياس للمرضى في العيادة الخارجية لمنظمة "مبرص"

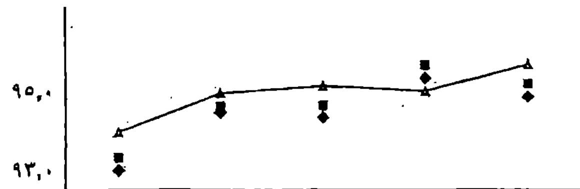


	(*)FY08	FY09	FY10	FY11	FY12
عتبة المرضى الداخليين	٩٠,١	٩١,٥	٩٠,٥	٩١,٥	٩١,٧
هدف المرضى الداخليين	٩٠,٨	٩١,٨	٩٠,٧	٩١,٨	٩١,٩
المرضى الداخليون في الواقع	٩٠,٥	٩٠,٩	٩١,٧	٩١,٨	٩٢,٠
مرتبة منظومة المرضى الداخليين	٩١	٩٠	٩٣	٩٤,٠	٩٣,٠

(A)

(*) Fy سنة مالية

احتمال التوصية بمتوسط نقاط القياس للمرضى في العيادة الخارجية لمنظمة "مبرص"



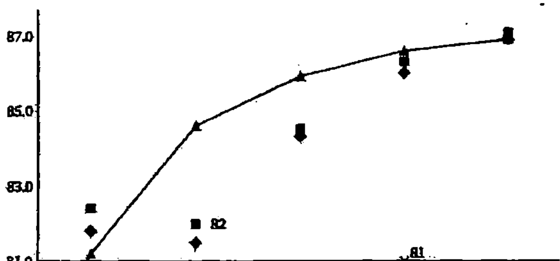
	FYO8	FYO9	FY10	FY11	FY12
عتبة المرضى الخارجيين	٩٣,٣	٩٤,٢	٩٤,١	٩٤,٧	٩٤,٤
هدف المرضى الخارجيين	٩٣,٥	٩٤,٣	٩٤,٣	٩٤,٩	٩٤,٦
المرضى الخارجيين في الواقع	٩٣,٩	٩٤,٥	٩٤,٦	٩٤,٥	٩٤,٩
مرتبة منظومة المرضى الخارجيين	٦٠,٠	٧٥	٦٧	٦٦	٦٧

(B)

إيديت، AIDET

إيديت اختصار باستخدام أول الحروف الإنجليزية لكلمـــات **Acknowledge** (الإقرار)، و **Introduce** (إدخال)، و **Duration** (مـــدة البقـــاء)، و **Explanatim** (التفسير)، و **Thank you** (شكرًا لك). "إيديت" يُقصد بها مساعدة الموظفين علـــى الاتصال بفاعلية أكبر بالمرضى، والعائلات، واتصال أحدهم مع الآخر عن طريق استخدام بنية الاتصال المتوقعة التى تخلق النظام، والاحترام، والتماســك. يمــرِّن المديرون وأفراد هيئة العاملين على استخدام تكنيكات "إيديت" وهم يقومون بجولـــة حول المرضى والعائلات، بينما يتعلم الأطباء توجههم من الموظف الطبى الرئيسى بواسطة طرائق اتصال خاصة بالأطباء، وفى فصول دراســية تــصمَّم للأطبـــاء "بواسطة" أطباء، فيتعلمون مدى أهمية سلوكياتهم وكلماتهم. توفر منظمة "مبــرص" مواد التدريب فى شكل أوراق، وفى شكل اختصار سمعى باستخدام طريقة خوارزم MP3(*)، وفى شكل أفلام فيديو.

احتمال التوصية بمتوسط نقاط القياس بقسم الطوارئ فى منظمة "مبرص"

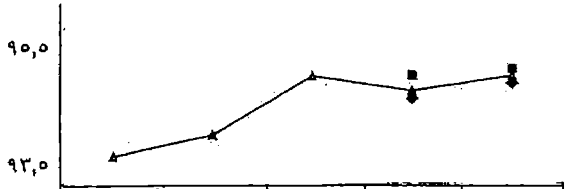


	FYO8	FYO9	FY10	FY11	FY12
◆ عتبة قسم الطوارئ	٨١,٨	٨١,٥	٨٤,٣	٨٦,٠	٨٦,٩
■ هدف قسم الطوارئ	٨٢,٤	٨٢,٠	٨٤,٥	٨٦,٣	٨٧,١
△ قسم الطوارئ فى الواقع	٨١,٢	٨٤,٦	٨٥,٩	٨٦,٦	٨٦,٩
× مرتبة منظومة قسم الطوارئ	٥٤	٨٢,٠	٧٩	٨١	٧٩

(C)

(*) MP3 ، خوارزم سمعى لاختصار الأصوات المسموعة بالضغط ، أو بحـــذف بعـــضها دون الإخلال بعموم ما يُسمع. (المترجم)

احتمال التوصية بمتوسط نقاط القياس بقسم الجراحة المتنقلة فى منظمة "مبرص"



	FYO8	FYO9	FY10	FY11	FY12
عتبة الجراحة المتنقلة ◆				٩٤,٧	٩٤,٩
هدف الجراحة المتنقلة ■				٩٢,٠	٩٥,١
الجراحة المتنقلة فى الواقع ▲	٩٣,٩	٩٤,٢	٩٥,٠	٩٤,٤	٩٥,٠
مرتبة منظومة الجراحة المتنقلة ×	٣٠	٣٤	٥٦	٤١	٤٣

(D)

القيام بجولات مرورعن النتائج

"القيام بجولات مرور عن النتائج " هو أن يمارَس على نحو متسق توفيرُ أوقات منظمة يمكن التنبؤ بها للعمل مع كل مريض أو عائلة للمشاركة فى خطة الرعاية، وتحديد الثغرات فى الرعاية، وتقدير ما إذا كان قد حدث تقدم معقول فيما يتعلق بالنتائج المتوقعة للرعاية، ولضمان أن هناك ترحيبًا عند كل نقطة لاتخاذ القرار بما يكون للمريض من احتياجات، وقيم، وتفضيلات. تستخدم منظمة "مبرص" أربعة أنواع من جولات المرور:

- جولات القواد والأطباء للمرور بين أفراد هيئة العاملين لبناء العلاقات وللتأكد من أن الوسائل هى والوقت تكون فى الوضع الملائم.
- جولات مرور القواد بين المرضى وأحيانًا بين العائلات للتأكد من أن هناك تقدمًا فى الرعاية وأن هناك إيفاء بالمطلوب إزاء ما يقلق من المشاغل.
- جولات مرور أفراد هيئة التمريض وغيرهم من الإكلينيكيين بين المرضى.
- جولات المرور بين قواد الأقسام الداخليين أحدهم مع الآخر باعتبار أنهم مستهلكون داخليون، ويسعون كلهم إلى دعم المريض والأسرة.

تم إنشاء صيغ مطبوعات للتوثيق تُستخدم فى لقاءات جولات المرور.

إحدى أكثر الممارسات تحديًا فى تنفيذها تقرير النوبات المتغيرة بجوار السرير. يلتقى مقدمو الرعاية الذاهبون بعيدًا مع أولئك الآتين إلى جانب سرير المريض عند تغير النوبة، أو أثناء أى مرحلة انتقالية فى القسم، وذلك لمناقشة الأنشطة الحديثة للمريض، وخطة الرعاية، والأعراض، والاختبارات، والمسائل المقلقة. ربما يتم أيضًا إجراء فحص جسدى فى هذا الوقت. يساهم المرضى فى هذا الشأن (والعائلات أيضًا إذا تطلب الأمر)، وهذا يمكّن من المشاركة فى المعلومات الحاسمة فى وقت وجيز. تقرير تغيير النوبات يمكن أن يؤدى إلى مشاعر من الحرج والحساسية بين الموظفين عندما يضطر أحدهم للقول بأنى "لا أعرف"، أمام المرضى؛ ومع ذلك فإن جرّ المريض إلى الحوار يتيح التشارك فى المعلومات بين كل الأطراف ويساعد على بناء ثقة وائتمان المرضى والعائلات.

اتصالات الرعاية

تجرى اتصالات الرعاية قبل أو بعد زيارة المريض للمستشفى لإعداد المريض للزيارة، وجمع المعلومات عن الزيارة أو مساعدته فى مرحلة الانتقال إلى إحدى الدور أو غيرها من المنشآت. تركز هذه الاتصالات على الإعداد للمرحلة الانتقالية، وجودة النتائج، وأمان المريض، واستمرار الرعاية، وهى تحسن من حالة رضاء المريض عندما يتم إجراؤها على نحو جيد.[٣] نفذت منظمة "مبرص" عمليات نشطة ومعايَرة فيما يتعلق باتصالات الرعاية عند صرف أو خروج المريض من المستشفى ومدى تقيّدها بلائحة التأمين الصحى من حيث القابلية للانتقال والمسئولية، وكذلك فيما يتعلق بترك رسائل للمرضى الذين يُصرفون من الحالات الداخلية للمستشفى، ومن الطوارئ ومن البيئات الجراحية ومدى تقيد هذه

الرسائل باللائحة. الهدف هو التأكد مما إذا كان لدى هؤلاء المرضى أسئلة حول تعليمات صرفهم، أو علاجاتهم، أو أعراضهم، أو فى البدء فى مواعيد متابعتهم مع طبيبهم.[٣] يتم إجراء ٣٠٠٠٠ اتصال تقريبًا فى كل شهر عبر منظمة "مبرص" للتأكد من أن المرضى عندما يغادرون يكون لديهم الموارد والمعلومات اللازمة للشفاء الوطيد المتوقع. هناك أدلة واضحة من نتائج منظمة "مبرص" فى "تقييم عملاء المستشفى لمقدمى الرعاية الصحية ونظمها" فى مجال الاستعداد للصرف أو الخروج من المستشفى – الاتصال بالمريض لتقييم هذا الاستعداد بالحوار المباشر يمكن أن يحسن النتائج فى هذا المجال بمقدار ٤٠ إلى ٧٠ من النقاط المئينية عند المقارنة بالمنشآت الأخرى.

أنشأت منظمة "مبرص" وحدة نشطة لتسجيل الصحة إلكترونيًا وذلك لإدارة الاتصالات العامة لصرف أو إخراج المرضى، وكذلك الاتصالات بحالات الأمراض المزمنة التى تتطلب موارد شاملة أكثر. بيانات هذه الوحدة تستخدم لإنشاء نموذج تنبؤ لإعادة إدخال المريض، وتكشف هكذا عن أن أكبر تحدٍّ عند صرف المرضى أو إخراجهم هو التأكد من أنهم يفهمون العلاج، والأعراض الجانبية له، ويستطيعون إعادة الاتصال بشأن تعليمات صرفهم. الإجابة عن أسئلة المرضى حول هذه القضايا قد حسنت من الأحوال الانتقالية فى الرعاية "بمبرص".

تمكين الدخول بسهولة للعائلة والأصدقاء

التأكد من أن محبى المريض يمكنهم بسهولة الدخول لمريض هو تكتيك أكثر حسمًا من أى تكتيك آخر فى التوصل للرعاية المركزية للمريض: هؤلاء الناس لا يقتصر أمرهم على رعاية المريض فى المرور بالأزمة، وإنما هم أيضًا سيأخذونه لبيته للاستمرار فى الرعاية والشفاء.

في ٢٠١٠ – ٢٠١١ وسعت منظمة "مبرص" من " إجراءات فتح سهولة الوصول" للمريض. أكبر تحدٍّ لتسهيل الدخول هو الخوف من انتهاك "لائحة التأمين الصحى بشأن القابلية للانتقال والمسئولية". التمريض، ومركزية المريض، وأقسام التقيد بالقواعد، كلها عملت معًا لتحديد المناطق والعمليات التى فيها إثارة للقلق، ولتثقيف الموظفين حول الاختلاف بين "الانفتاح عن غير عمد" والانتهاك الحقيقى.[٤] لولا الاشتراك المباشر لقواد القيد بالقواعد، لأصبح هذا العمل عاجزًا عن التقدم.

تعلمت منظمة "مبرص" فى سياق هذا العمل دروسًا عديدة مهمة: المرضى يحددون من تكون العائلة، وحاجات المنظمة لتشجيع الأسرة على مساعدتنا للمريض، كما أن المنظمة هى وأسرة المريض معًا يستطيعان مساعدة المريض للتوصل إلى النتائج المرغوب فيها عن طريق ازدياد الثقة والشفافية.

المشاركة فى اتخاذ القرار: المشاركة النهائية

المشاركة فى اتخاذ القرار إجراء فيه إدراك بأنه فى أى نقاش يدور حول علاج طبى بين أحد المرضى وأى من موفرى الرعاية، يكون هناك عندها خبيران يسهمان فى ذلك: الطبيب هو الخبير فى المخاطر والمزايا التى يحملها العلاج، بينما المريض هو الخبير بشأنه هو نفسه، وأهداف رعايته الصحية، وأولوياته. وسائل اتخاذ القرارات المشتركة، تسعى إلى تسهيل إجراء نقاش له معناه بين هذين الخبيرين، بحيث يؤدى ذلك إلى وزن مخاطر ومزايا العلاج وزنًا ملائمًا إزاء أهداف المريض. مثال ذلك أن هذه الوسيلة قد توفر للمريض طريقة فهم سهلة لتعرضه فرديًا للمخاطر من مضاعفات معينة (بدل أن يكون الوضع فى شكل موافقته العامة على العلاج حسب ما توفر له من معلومات) عند الاستعداد للنقاش مع طبيبه. هذه المعلومات ينبغى أن تمكّن من إجراء مناقشة ذات معنى أكبر حول توقعات المريض، وما يثير قلقه.

أجريت تجارب عشوائية محكومة تختبر تأثيرات مساعدات اتخاذ القرار التى استُخدمت لتسهيل اتخاذ القرار المشترك، وقد تبين منها أنها فيما يظهر لها تأثير إيجابى فى الاتصال بين مقدم الرعاية – المريض، وتحسين معرفة المرضى ودقة إدراكهم للمخاطر، وتزيد من الرضاء عن القرار الذى يُتخذ.(٥) وجد فى كل من التجارب العشوائية المحكومة هى ودراسة الملاحظات، أن استخدام هذه الوسائل المساعدة لاتخاذ القرار تؤدى أيضًا إلى الإقلال من اختيار الجراحات الكبرى عند الانتقاء (مثل إحلال مفصل الفخذ أو الركبة) ليكون الاختيار فى صف العلاج التحفظى، كما تقلل من الاختبارات أو العلاجات التى يوجد غموض بشأن فائدتها (مثل اختبار فرز الأنتيجن الخاص للبروستاتا، والعلاج بالإحلال بالهرمونات). (٦،٥)

لا تزال منظمة "مبرص" فى المراحل المبكرة جدًا من تنفيذ اتخاذ القرار المشترك، إلا أنها أنشأت لجنة للتوجيه بشأن اتخاذ القرار المشترك لتبدأ فى تثقيف مقدمى الرعاية حول هذا المفهوم، ووسائله وتطبيقه.

التحديات

لاقت منظمة "مبرص" تحديات ثقافية عديدة فى رحلتها تجاه رعاية متمحورة على المريض. بناء علاقات جيدة مع المريض يتطلب استثمارًا للوقت، وتنسيقًا، وجهدًا. يحتاج الموظفون إلى الثقة بأن تغيير سلوكهم وصنع هذا الاستثمار أمر يستحق القيام به. يتطلب خلق هذه الثقة قيادة قوية تدعم هذا العمل بإيجابية ووضوح.

هناك تحد ثانٍ يتعلق بالرعاية المبنية على الأدلة. الكثير من التدخلات لتحسين أمان وفعالية الرعاية يتم دعمها بأدلة من تجارب عشوائية محكومة، وقد توصل الكثيرون من مقدمى الرعاية إلى أن يتوقعوا هذه الأدلة، أو حتى أن

يطلبوها، وذلك قبل أن يكون لهم رغبة فى تقبل أى ممارسة جديدة. إلا أنه لا توجد فى الغالب دراسات قوية عن السلوكيات بشأن مركزية المريض. حتى عندما توجد أدلة واضحة على وجود دراسات عن سلوكيات مركزية المريض، فإنه كثيرًا ما يكون هناك طلب على إعادة خلق الأدلة فى السياق المحلى وسياق ما تم إرساؤه من حالة أشغال البيزنس. هذه الطريقة الحذرة للمقاربة تؤدى إلى بطء اتخاذ الفعل وتُخلّف التحسين وقد تؤخر خطوة للوراء فى ظروف البيئة الديناميــة لرعاية المريض التى تتغير أبدًا.

بالإضافة لذلك فإن مقدمى الرعاية الصحية ومنظماتها ينحون إلى النفور للغاية من المخاطر– وهذا نوع من الثقافة يعوق التوصل إلى البيانات والشفافية. وهو يعوق بوجه خاص المحاولات لتحديد الطريقة التى تؤدى بها سلوكيات مركزية المريض إلى الدفع إلى نتائج أفضل.

هناك تحد آخر يكمن فى التمييز الواضح للاختلافات بين السلوكيات المتمحورة على المنظومة، والمتمحورة على القيادة، والمتمحورة على الطبيب، والمتمحورة على المريض. قد تكون هذه الاختلافات غير ظاهرة بسهولة، وتكون فى أحيان كثيرة مدفوعة بقيود على الموارد فى إحدى المناطق أو الأخرى. فى مفارقة لذلك، فإن هذه السلوكيات يجب أن تتكامل كلها مندمجة لخلق الخبرة الإيجابية المتمحورة على المريض.

على أن أكبر تحدٍّ لتحسين الرعاية المركزية للمريض، يكمن ببساطة فى النظام. إذا كان هناك تغيير مهم، يجب تنفيذه، وقياسه، ومتابعته بواسطة مقاربة التخطيط – الفعل – المراجعة – التنفيذ (تعمن). يجب أن تجهد القيادة لإتقان المتابعة، وتسجيل التقارير، وتوفير التغذية المرتدة، والتدريب. يجب أن تحدث هذه الأنشطة فى كل يوم، ولا يمكن التفويض بالسلوكيات اللازمة من القادة إلا بعد أن تصبح مغروسة باتساق وقوة فى الثقافة مع وجود أدلة راسخة لإثبات تأثيرها. قد

يكون هناك تحد فى الحفاظ على ذلك بمجرد أن يزول الانفعال الأول لتنفيذ ممارسة جديدة وبمجرد رؤية تأثيراته وهى تزول، حيث يكون العمل غالبًا مرهقًا. على أن المثابرة ضرورية لجعل التغير يبقى "لصيقًا" فى وضعه.

الدروس المستفادة

مركزية المريض أمر محورى فى الرعاية بطريقة "ستيب" فى منظمة "مبرص". وفى النهاية، فإن نتائج الجودة فى الرعاية الصحية لا يمكن التوصل إليها إلا بطرائق وسلوكيات نشطة تتمحور على المريض بواسطة كل من "يلامس" المرضى وعائلاتهم، سواء مباشرة عن طريق توصيل الرعاية الإكلينيكية، أو على نحو غير مباشر عن طريق تفاعلاتهم مع نظم المنظمات.

التغيرات الضرورية لتحسين واستدامة سلوكيات مركزية المريض تتضمن وجود التزام "للمجلس" والقيادة، وانتظام أهداف إرضاء المريض فى صف متسق عند كل الموظفين، ومعايرة عمليات المعالجة التى تعطى المعلومات للسلوكيات، وما يجرى من منهج نظامى فى ممارسة السلوكيات ومتابعة النتائج. تتطلب هذه التغيرات تحولاً ثقافيًا يدرك فيه الموظفون أن كل فرد فى المنظمة له دور فى "امتلاك" مركزية المريض؛ لأن كل فرد يسهم فى هذه الخبرة. يحتاج كل فرد على كل مستويات منظمة الرعاية الصحية (خاصة عند خط المواجهة) إلى أن يفهم أنه مسئول عما هو مناسب من الكلمات، والأفعال، واستمرار المتابعة، والشفافية. ثم أن كل فرد يحتاج بعد هذا إلى الشجاعة لدعم ذلك مع كل مريض، وفى كل مقابلة.

الاستنتاج

لا توجد وصفة بسيطة لتحسين الرعاية فى وضع مركزية المريض؛ هذا أمر يتعلق بالثقافة، والمهنة، ويتعلق بالمنطقة، والمجتمع، وتغير حركة المستهلك.

منظمة "مبرص" فى إدراكها لهذه التعقيدات والتعامل معها، أخذت فى إنشاء وتنفيذ طرائق لتحسين وضع مركزية المرضى، وهى تجاهد لتوفير الرعاية بطريقة "ستيب". منظمات الرعاية الصحية تستعد لعصر ستكون فيه الرعاية ذات الكفاءة والمبنية على النتائج، أكثر أهمية مما فى أى وقت مضى، وهكذا فإن منظمة "مبرص" تستمر فى السعى إلى الطرق المبتكرة وإنشائها، وتطبيقها لتحسين الرعاية المتمحورة على المريض، بالنسبة للمرضى الذين يمرون كل سنة من أبوابها، ويبلغ عددهم ٢،٥ مليون من المرضى.

قصة مريض: التمكين من الدخول بسهولة

كارين كامبل ممرضة فى "مركز بايلور الطبى، للمنطقة فى جريبفاين"، وقد تعودت على الاعتقاد بأن التمكين من الدخول بسهولة لا يكون فى صالح المرضى، أو العائلات، أو مقدمى الرعاية. عندما أدخلت منشأتها الدخول المفتوح فى ٢٠١٠، أثار ذلك قلقها من أنه قد تحدث أشياء سلبية – مثل أن ينال الأطفال الاعتلال أو الإصابات أثناء زيارتهم لوحدة الرعاية المكثفة. إلا أن خبرة حديثة لها حولت شكوكها إلى "موقف منفتح" حول الدخول المفتوح.

كانت كامبل ترعى رجلاً مسناً مريضًا باللوكيميا اختار البدء فى أن ترعاه المؤسسة الطبية. أتت أسرة المريض لزيارته فيما قد يكون المرة الأخيرة. وصلت ابنته إلى المستشفى ومعها طفلتها الرضيعة التى يبلغ عمرها الشهر التاسع. وقالت الابنة لكامبل: "أنا أعرف أنك لا تسمحين بدخول الأطفال الرضع إلى "وحدة الرعاية المكثفة". أدهشها فى سعادة أن عرفت أنه بسبب سياسة الدخول المفتوح فى مركز بايلور بجرنيفاين، أصبح مسموحًا بدخول الرضع إلى وحدة الرعاية المكثفة.

سألت كامبل الأم إن كانت الطفلة الرضيعة قد مرضت حديثًا، وأجابت الأم بالنفى. يعنى هذا أن الطفلة الرضيعة تستطيع زيارة جدها، وكان لم يرها منذ

ميلادها. تقول كامبل متذكرة: "لقد جعلته هذه الطفلة الرضيعة يبتسم بملء وجهه. كان هذا وقتًا خاصًا بالنسبة له. كان من الرائع أن يرى المرء النظرة التى بدت فى وجه المريض عندما توصل إلى رؤية حفيدته ذات التسعة أشهر. وتوفى بعد ذلك بيومين ".

بعد وفاة المريض شكرت عائلته كامبل لسماحها لحفيدته بزيارته ولأنها منحت لهم هذه الذكرى السعيدة.

من الطبيعى أن "وحدات الرعاية المكثفة" لبايلور لديها دليل موجز للإرشادات لحماية أمان كل فرد. مثل ذلك أن الأطفال الزائرين يلزم أن يكونوا تحت إشراف والديهم. إلا أنه كما توضح كامبل، "عليك أن تسأل نفسك ما الذى سترغب فيه لو كنت فى ذلك الوضع". فى هذه الحالة، أدت زيارة من عشر دقائق فى "وحدة الرعاية المكثفة" إلى خلق خبرة رائعة بالنسبة للمريض وذكرى باقية بالنسبة لعائلته.

المراجــع

1. Shaw, G. 2011. The new patient experience imperative. *HealthLeaders Media Intelligence* August.
2. Reinertsen, J. L., M. Bisognano, and M. D. Pugh. 2008. *Seven leadership leverage points for organization-level improvement in health care*, 2nd ed. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement.
3. Cochran, V. Y., B. Blair, L. Wissinger, and T. D. Nuss. 2012. Lessons learned from implementation of postdischarge telephone calls at Baylor Health Care System. *Journal of Nursing Administration* 42 (1): 40–46.
4. Nuss, T. D. 2013. Patient privacy in an open access environment. *Compliance Today* April, 66–73.
5. Stacey D., Bennett, C. L., Barry, M. J., Col, N. F., Eden, K. B., Holmes-Rovner, M., Llewellyn-Thomas, H., Lyddiatt, A., Légaré, F., Thomson, R. 2011. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. Oct 5; (10): CD001431.
6. Arterburn, D., Wellman, R., Westbrook, E., Rutter, C., Ross, T., McCulloch, D., Handley, M., Jung, C. 2012. Introducing decision aids at Group Health was linked to sharply lower hip and knee surgery rates and costs. *Health Affairs* (*Millwood*) 31 (9): 2094–2104.

القســم الـرابــع

الرعاية بطريقة "ستيب" فى الممارسة :

خطوط الخدمة

والخطوط الأخرى للشغل (البيزنس)

الأمان في الوقت المناسب الفعالية

ستيب

الكفاءة . العدالة

التركيز على المريض

S

الآمن SAFE

تجنب أى إصابات فى المرضى
كنتيجة للرعاية التى يقصد بها مساعدتهم

T

فى الوقت المناسب TIMELY

الإقلال من زمن الانتظارات وكذلك ما يكون أحيانًا من تأخيرات ضارة لأولئك الذين يتلقون الرعاية وكذلك أيضًا من يَمنحون الرعاية

E

EFFECTIVE الفعالية

توفير خدمات مبنية على المعرفة العلمية لكل من يستطيعون الإفادة والإحجام عن تقديم الخدمات لمن يرجح أنهم لن يستفيدوا (تجنب الاستخدام بأقل مما ينبغى ويأكثر مما ينبغى حسب الترتيب).

E

EFFICIENT الكفاءة

تجنب الإهدار، بما فى ذلك إهدار المعدات، والإمدادات، والأفكار، والجهد

E

EQUITABLE العدالة

توفير رعاية لا تتغاير فى جودتها حسب الخصائص الشخصية مثل الجنوسة، والعرقية، والموقع الجغرافى والوضع الاقتصادى الاجتماعى

P

PATENT – Centered مركزية المريض

(التمحور على المريض)

توفير رعاية تحترم وتستجيب لما عند المريض
الفرد من تفضيلات، واحتياجات، وقيم، وتؤكد على
أن قيم المريض تكون المرشد فى كل القرارات الإكلينيكية

S س	**T** ث
E ى	**E** ى
E ى	**P** ب

STEEEP - ستيب

الفصل العشرون

خدمات جهاز الدورة الدموية (القلب والأوعية الدموية)

برادلى م. ليونارد، ووليام ب. كوكسى،
ومايكل د. ساتبورن ومارك فالنتين،
ومايكل ج. ماك، ودافيد ل. براون، وكفين ر. هويلان، ونانسى فيش.

مقدمة

أمراض الجهاز الدورى سبب شائع فى الوفيات والمراضة وهى مصحوبة بمعدلات مرتفعة من استخدام المستشفى؛ مثال ذلك أن مريضًا واحدًا بين كل أربعة من المرضى بهبوط القلب لا بد من إعادة دخوله للمستشفى خلال ثلاثين يومًا من الخروج منه.(١) "خط خدمة الجهاز الدورى" هو أحد الخطوط التسعة الرئيسية للخدمة الإكلينيكية فى منظمة "مبرص"، ويسعى هذا الخط لتحسين رعاية المرضى بأمراض الجهاز الدورى. بدأ هذا الخط كمجموعة صغيرة من الأطباء الباطنيين والجراحين فى منتصف القرن العشرين ثم تنامى من وقتها ليشمل ثمانية مراكز مناطقية لعلاج القلب والأوعية الدموية، وكذلك مستشفيان تخصصان كُرسًا لتوفير رعاية الجهاز الدورى بطريقة "**ستيب**". الأهداف الجوهرية فى خط الخدمة هى الامتياز الإكلينيكى، وإرضاء المريض، وإرضاء فريق الرعاية الصحية، والمسئولية المالية، وهذه الأهداف كلها تشكل الأساس للعمليات اليومية والمقاييس التى يقاس بها النجاح. معايرة جمع البيانات، وطرائق التسجيل، والممارسات المعتادة للرعاية أفادت كلها فى استمرار تحسين الجودة. يستمر حاليًا وجود الالتزام، والدعم والمساهمة من الأطباء والقادة الإداريين خلال كل منظمة "مبرص" وهذا كله جزء متكامل من هذه النجاحات.

استمرت منظمة "مبرص" لما يزيد عن نصف القرن وهى توصّل بجودة عالية رعاية حالات القلب والأوعية الدموية إلى جانب وجود برامج أبحاث إكلينيكية مبتكرة تساهم فى تقدم العلم وفى إفادة المجتمع معا عن طريق توصيل أدوية وعلاجات جديدة. حاليا تتضمن منظمة "مبرص" ثمانية مراكز مناطقية علاجية لحالات أمراض القلب والأوعية الدموية ومستشفيين تخصصيين كُرسا لأن يوصلا لمرضى القلب والأوعية الدموية رعاية آمنة ذات جودة وتعاطف.

توسعت سريعًا رعاية حالات الجهاز الدورى فى منظمة "مبرص" خلال تسعينيات القرن العشرين، وظهر تصور لإعادة تعريف العلاقة بين الأطباء والمستشفى من أجل خلق نظام توصيل رعاية صحية لحالات القلب والأوعية الدموية يكون نظامًا مستداما متكاملا يركز على رعاية ذات جودة مرتفعة وذات جدوى اقتصادية. صيغت الخطط لإنشاء مستشفى متخصص (مستشفى بايلور للقلب والأوعية) تكون ملكيته مشتركة بين منظمة "مبرص"، وأخصائيين للقلب يشكل المستشفى قاعدة لهم هم وجراحين للأوعية، وكذلك أيضًا مجموعات من الأطباء الخارجيين.

افتتحت " مستشفى بايلور للقلب والأوعية الدموية" فى ٢٠٠٢ لتقدم خدمات للمرضى الداخليين ومرضى العيادة الخارجية تركز الاهتمام على الرعاية الصحية الوقائية والتعامل الشامل مع أمراض الجهاز الدورى. صُمم هذا المستشفى كمنشأة تتمحور على المريض، وهكذا فإن فيه معامل قسطرة القلب وللفيزيولوجيا الكهربية، ومواقع جراحية، ومنطقة لإعادة التأهيل، وقسم للتصوير. وهو أيضًا مقر "لمعهد القلب والأوعية الدموية"، و "مركز موارد المجتمع" وفيه تتاح الموارد التثقيفية للمرضى، والعائلات، وأعضاء المجتمع المهتمين بتعلم المزيد عن صحة القلب والأوعية.

التوسع الرئيسى التالى فى خدمات "مبرص" لعلاج القلب والأوعية الدموية أتى فى ٢٠٠٧، عندما أنشأت مجموعة من ممارسى أمراض الجهاز الدورى من

الأطباء والجراحين " مستشفى بايلور بلانو للقلب"، وهذا مستشفى به ٦٨ من الأسرة، يشترك فى ملكيته المركز الطبى المناطقى لبايلور فى بلانو. مما يُقر به أن هذا المستشفى هو المستشفى الحر المستقل الأول والوحيد ذو الخدمة الكاملة فى المنطقة والمخصصة فقط للرعاية الصحية للقلب والأوعية الدموية، كذلك فقد أصبح الآن منشأة بها ١١٦ من الأسرة يقوده ١٢٣ من الأطباء الشركاء. توفر المستشفى رعاية للمرضى الداخليين وفى العيادة الخارجية، بما فى ذلك خدمات التشخيص، والتدخل، والجراحة، والتأهيل، ودعم العافية ودعم الوقاية؛ كما توفر إجراء أبحاث شاملة لأمراض الجهاز الدورى. خلال فترة قصيرة من خمس سنوات، أصبح هذا المستشفى صاحب تاسع أكبر برنامج فى جراحة القلب فى الولايات المتحدة وأحد أكثر المراكز تقدمًا فى جراحة الصمامات فى العالم. فى ٢٠١٢ كان هناك فى كل الولايات المتحدة ٢٤ مستشفى لها أداء يُعد إحصائيا أفضل مما فى سائر المستشفيات فى الولايات المتحدة من حيث أداء الجودة العام المعدل حسب المخاطر، سواء فى جراحة التحويل لتجاوز الشرايين التاجية المسدودة، أو جراحة إحلال صمام الأورطى. من بين هذه المستشفيات الأربعة والعشرين يوجد مستشفيان اثنان "لمبرص"، "المركز الطبى لجامعة بايلور فى دالاس"، و"مستشفى بايلور بلانو للقلب".(*)

(*) أنشأت "جمعية جراحى الصدر" نظامًا شاملاً لتنظيم المراتب لجودة جراحات القلب بين المستشفيات عبر كل البلد . حاز ما يقرب من ٦% من المستشفيات مرتبة "ثلاثة نجوم" لجراحة صمام الأورطى ونالت ١٥% من المستشفيات مرتبة "ثلاثة نجوم" لجراحة تجاوز موضع انسداد الشرايين التاجية ، ويدل هذا على أعلى فئة للجودة فى هذه المجالات . نال ٢،٥% فقط من المستشفيات مرتبة "ثلاثة نجوم" فى كلا المجالين معا . يجرى حاليًا تحليل للبيانات القومية يغطى الفترة من يناير ٢٠١٠ حتى ديسمبر ٢٠١٢ (جراحة الصمامات) ومن يناير ٢٠١٢ حتى ديسمبر ٢٠١٢ (لجراحات تجاوز انسداد الشرايين التاجية) ، وفى هذا التحليل يكون وضع إجراء جراحات القلب فى المستشفيات راسخًا فى أعلى المراتب ، وبالتالى فإنه ينال مرتبة "النجوم الثلاثة" "لجمعية جراحى الصدر". "قاعدة البيانات القومية عن القلب لجمعية جراحى الصدر تقيس نتائج ما يزيد عن ٩٠% من ١١٠٠ لبرامج جراحة القلب فى الولايات المتحدة .

توسع خدمات الجهاز الدورى فى منظمة "مبرص" قد وصل الآن لما يتجاوز هذين المستشفيين التخصصيين فيها. أثناء الفترة نفسها وسعت منظمة "مبرص" من تقديم رعايتها للقلب ذات التكنولوجيا الرفيعة لتصل إلى ما لديها من مراكز لعلاج الجهاز الدورى داخل نطاق مستشفياتها فى المنطقة عبر المجمع المركّب لدالاس – فورت وورث، وهكذا يتاح للمرضى التوصل إلى رعاية شاملة ذات جودة مرتفعة فى مواقع ملائمة.(٢)

معايرة الرعاية

فى ٢٠٠٧ شُكلت "لجنة أفضل رعاية للجهاز الدورى" وذلك فى اتباع لمثل "لجنة أفضل رعاية لمنظمة مبرص" (وتسمى الآن مجلس حوكمة "**ستيب**")، وقد شُكلت هذه اللجنة لتنسيق مبادرات تحسين الرعاية الصحية عبر كل منظمة "مبرص". شكلت فى ٢٠٠٧ لجنة "أفضل رعاية للجهاز الدورى" لتكون مهمتها الدفع قدمًا بتحسين الجودة عبر "خط خدمة الجهاز الدورى". تأسست لذلك مجموعة قيادة جوهرية تتكون من قواد أطباء مختارين فى كل منشأة رعاية، وكذلك من ممثلين إداريين وإكلينيكيين. عُهد للجنة بمهمة إنشاء بنيانات للتسجيل على نطاق المنظومة كلها، تنفذ أفضل ممارسات مبنية على الأدلة، وتنسق اجتماعات منتظمة للإكلينيكيين المتخصصين فى الجهاز الدورى خلال كل منظمى "مبرص"، وتتعاون مع المساهمين من الإكلينيكيين والإداريين للمساعدة فى اتخاذ قياسات التحسين. رُتب أيضًا إنشاء لجان فرعية مهمتها تعيين، ووضع الأولويات، وتحديد الوضع العملياتى لمشاريع تحسين الجودة للمجالات التخصصية، مثل هبوط القلب، وجراحات الجهاز الدورى، والتدخل فى حالات الشرايين التاجية، والفيزيولوجيا الكهربية للقلب. هذا الالتزام المركّز حول الجودة عجّل بإيجاد مبادرات عديدة أدت إلى تحسين النتائج الصحية، والإقلال من تكلفة الرعاية، والتمسك المتزايد بالأداء

المعيارى ومقاييس الجودة عبر كل "خط خدمة الجهاز الدورى". هذه المبادرات حدثت بما هو ملحوظ لأقصى حد فى مجالات هبوط القلب وجراحة الجهاز الدورى.

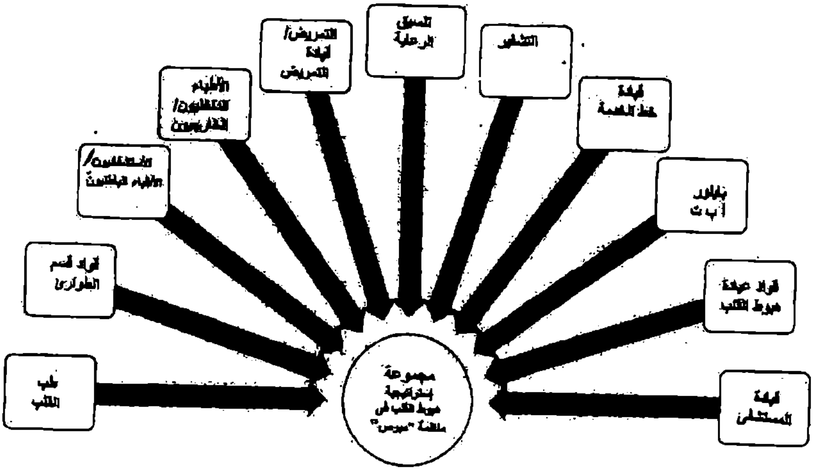
الأداء وجودة النتائج

تجميع واستخدام البيانات الإكلينيكية المعيارية أمر حاسم فى تقدير نتائج المرضى وفى جهود الأبحاث التي تركز اهتمامها على تحسين جودة علاجات المرضى. "الكلية الأمريكية لأمراض القلب" هى "وجمعية جراحى الصدر" قد تم الإقرار بهما قوميًا كمنظمتين قائدتين فى تحسين جودة الرعاية للجهاز الدورى. أسست الهيئتان خطوط إرشاد للممارسة الإكلينيكية ومعايرات للجودة يتم اتباعها على نطاق واسع بين أطباء وجراحى الجهاز الدورى. إحدى أوائل توصيات "لجنة أفضل رعاية للجهاز الدورى" هى أن يُجعل جمع البيانات، الذى تحددت خطوطه الخارجية هاتين المنظمتين، أمرًا ملزمًا لكل الإكلينيكيين عبر كل "خط خدمة الجهاز الدورى:. تمت الموافقة على نطاق واسع على هذا الإلزام واتباعه بواسطة الإكلينيكيين المختصين بالجهاز الدورى، وسبب هذا يرجع فى جزء كبير منه إلى أنهم قد تعودوا من قبل على المطالب وخطوط الإرشاد الراسخة لفروعهم المعرفية. سهلت منظمة "مبرص" من المشاركة فى البيانات عبر المراكز الفردية للعلاج، ووفرت وسيلة لقياس أداء المنشأة الفردية هى وأداء الطبيب إزاء علامات قياس قومية، ونوّرت بالمعلومات كل القرارات حول التغيرات فى إجراء عمليات الرعاية عبر كل خط الخدمة.

تحسين نتائج هبوط القلب

عينت منظمة "مبرص" رعاية الحالات الداخلية لهبوط القلب كهدف مهم لتحسين الجودة، ودُعيت فى ٢٠٠٨ "مجموعة قوة عمل لمهمة تتناول معدل

الوفيات فى حالات هبوط القلب " لتحديد إستراتيجيات خاصة للإقلال من وفيات هبوط القلب عبر كل المنظومة. تطورت مجموعة قوة أداء المهمة فى أواخر ٢٠١٠ إلى "مجموعة لإستراتيجية هبوط القلب" لها فروع معرفية متعددة (شكل ١،٢٠) مهمتها الخاصة هى إنشاء وتنفيذ خطة واسعة لمنظمة "مبرص" لتخفيض معدل الوفاة وإعادة دخول المستشفى خلال ٣٠ يومًا، وذلك باستخدام طرائق معايرة للوصول إلى الوضع الأمثل فى عمليات الرعاية للحالات فى داخل المستشفى



(شكل ١،٢٠)

التركيب ذو الفروع المعرفية المتعددة للمجموعة الإستراتيجية لهبوط القلب فى منظمة "مبرص"

وخارجها. أدى بيان جرد تفصيلى لمبادرات هبوط القلب عبر كل "خط خدمة الجهاز الدورى" فى ذلك الوقت إلى الكشف عن وجود أكثر من ٦٠ مشروعًا، الكثير منها فيه ازدواج للمجهود، ويجرى تنفيذها بواسطة عمليات معالجة مختلفة فى المنشآت المفردة داخل منظومة الرعاية الصحية. استخدمت المجموعة الاستراتيجية عمليات معالجة معايَرة لمنظمة "مبرص" من أجل الدورة السريعة لتحسين الجودة (أكاديمية **"ستيب"**) لرسم خريطة لعمليات المجموعة فى المعالجة، وتحديد أوجه الفشل والنجاح، ووضع ترتيب الأولويات وخطط إجراء الفعل للتحسين (شكل ١،٢٠). حشد مجموعة بيانات معايَرة الأوامر الطبية لإدخال حالات القلب، وكذلك إرساء أهداف معتمدة يعدان من بين المبادرات التى أدت إلى تحسينات لها قدرها فى رعاية الجهاز الدورى عبر كل منظمة "مبرص".

معايرة الرعاية بمجموعة بيانات الأوامر الطبية لدخول حالات هبوط القلب

أجرى الباحثون فى منظمة "مبرص" دراسة فى ٢٠١٠ درسوا فيها مجموعة بياناتها للأوامر الطبية لدخول حالات هبوط القلب وتأثيرها فى الوفيات، وإعادة دخول المستشفى، والجودة وتكاليف الرعاية، وذلك عبر عشرة من مستشفياتها بما فى ذلك ثمانية مستشفيات للرعاية الحادة ومستشفيات للتخصص فى القلب.[٣] استخدام مجموعة بيانات الدخول كان مصحوبًا بزيادة لها قدرها من المطاوعة للقياسات الجوهرية لهبوط القلب والإقلال من معدل حالات الوفاة للمرضى الداخليين، كما كان هناك انخفاض له قدره فى التكلفة المباشرة لحالات الدخول الابتدائية وحدها، وكذلك بجمعها مع تكلفة إعادة دخول المستشفى، وذلك عند استخدام مجموعة بيانات الدخول (انظر الفصل الثانى عشر).

تطرح هذه النتائج أن تنفيذ مجموعة بيانات لدخول الحالات مبنية على أساس الأدلة يمكن أن يسهم فى تحسين النتائج، وتخفيض تكاليف الرعاية، وزيادة التمسك بمعالجة عمليات الرعاية المبنية على الأدلة.

قامت منظمة "مبرص" بجهد آخر لتخفيض معدلات إعادة دخول المستشفى لمرضى هبوط القلب، فأجرت دراسة توقعية لاختبار فعالية وتكلفة برنامج رعاية انتقالية لمرضى هبوط القلب قادتها ممرضة ذات ممارسة رفيعة المستوى.(٤) وجدت الدراسة أن التدخل يخفض إلى قدر له معنى إحصائى من معدلات إعادة الإدخال للمستشفى خلال ثلاثين يومًا التى عدلت حسب المخاطر، وكان هذا التخفيض بمقدار ٤٨ فى المائة أثناء فترة ما بعد التدخل، كما تبين أن نظام الدفع فى المكان والوقت الملائمين يُخفض من هامش الإسهام المالى للمستشفى (الربحية) بمتوسط ٢٢٧ من الدولارات لكل مريض فى "الرعاية الطبية" لديه هبوط فى القلب (انظر الفصل الخامس). هذه النتائج تؤكد على الإمكان الموجود فى برامج الرعاية الانتقالية لأن تكون فعالة فى أوضاع العالم الواقعية. على أنه ربما يكون إصلاح نظام الدفع مطلوبًا لهذه الأنواع من التدخلات حتى تكون ماليًا مستدامة بواسطة المستشفيات، وذلك عندما تجلب التدخلات تكاليف للبرنامج.

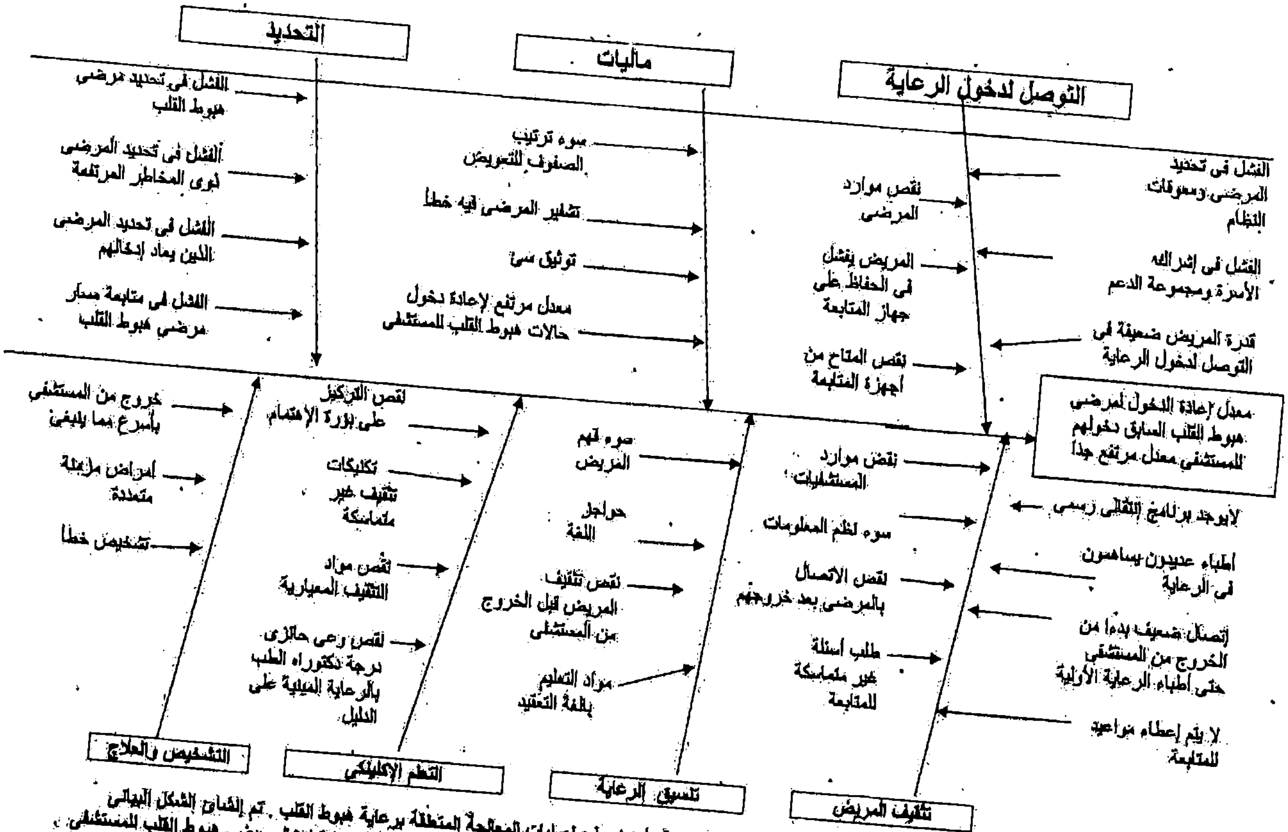
اعتماد جمعية رعاية مريض الجهاز الدورى

التصديق أو الاعتماد هو إحدى الوسائل التى تضمن بها منظمة "مبرص" أنها تفى بأعلى معايير رعاية المريض. تأسست لجنة فى منظمة "مبرص" لها فروع معرفية متعددة لفحص معالجة عمليات وتحديات إعادة دخول حالات هبوط القلب للمستشفى، وعلى أساس توصيات هذه اللجنة فإن كل وحدات خدمة الجهاز الدورى عبر كل منظمة "مبرص" تلقت اعتمادًا عن حالات هبوط القلب من "جمعية رعاية مريض الجهاز الدورى".(٥) يتطلب التصديق أن تمر كل وحدة خدمة بعملية تقييم صارمة ومعالجة للتحسين، بما فى ذلك إجراء مسح فى الموقع، للتحقق من

أنه يتفق مع أعلى المعايير القومية لرعاية المرضى الذين يعانون من هبوط القلب. تؤدى هذه الرعاية نمطيًا إلى نتائج إكلينيكية أفضل، ومعدلات أقل لعودة الدخول إلى المستشفى وخفض للتكاليف. المناطق المهمة التى يجب أن تثبت فيها المنشأة عمليا ما لها من خبرة وحنكة تتضمن تكامل قسم الطوارئ مع خدمات الطوارئ الطبية، وتقييم مدى حالة الطوارئ عند المرضى الذين لديهم أعراض هبوط حاد بالقلب، وتثقيف مريض هبوط القلب، وتحسين عمليات المعالجة وتدريب هيئة العاملين، وكذلك البنية التنظيمية، والالتزام بتوفير أفضل رعاية، والتوسع بالامتداد إلى حد بعيد بمجمع هبوط القلب.

تنظيم الصفوف فى خط متسق مع المعايير القومية

منظمة "مبرص" لديها التزام مستمر بتوفير أرقى جودة لرعاية المريض عن طريق خط خدمة الجهاز الدورى"، وكجزء من هذا الالتزام فإن الإكلينيكيين فى "مبرص" قد رتبوا فى صف متسق أفضل ممارساتهم ومعاييراتهم للجودة مع المقاييس وخطوط الإرشاد التى أقامتها من وقتذاك فصاعدًا "اللجنة المشتركة"، وكذلك أيضًا الجمعيات القومية المتخصصة فى رعاية الجهاز الدورى. علامات القياس لدى هذه المنظمات توفر إطارًا لجمع وتحليل بيانات النتائج الصحية، وتقيّم فعالية الممارسات الإكلينيكية، وتم فى النهاية تنفيذ عمليات تحسين للجودة من أجل ضمان توصيل أكثر رعاية آمنة، فى أفضل وقت مناسب، وأفضل فعالية ممكنة.

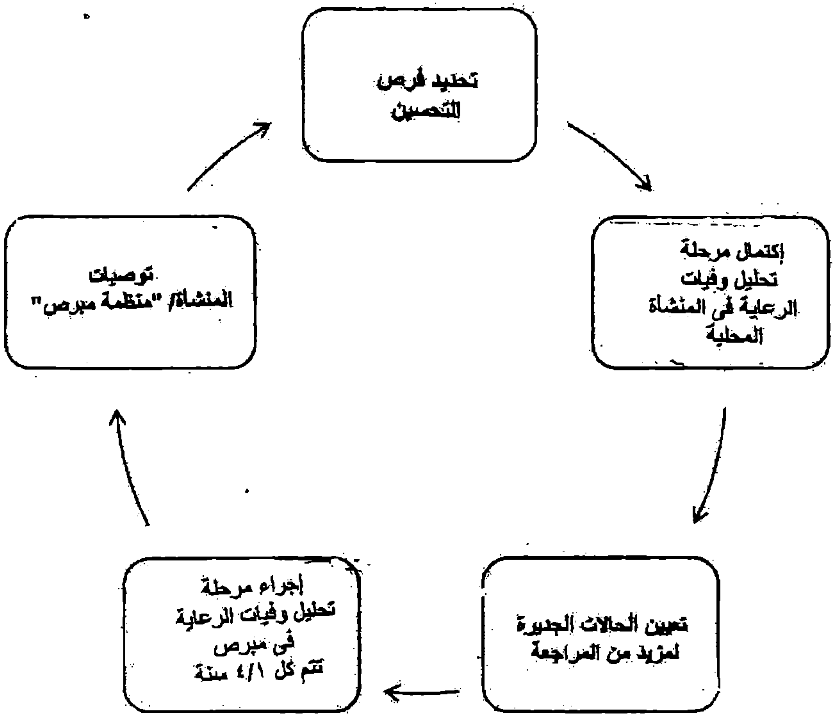


شكل ٢ : ٢ رسم بياني للسبب والنتيجة بطريقة (هيكل السمكة) فيه نموذج لعمليات المعالجة المتعلقة برعاية هبوط القلب . تم إنشاء الشكل البياني لتحديد أهداف التحسين كجزء من المجهود الواسع لمنظومة بايلور للرعاية الصحية على نطاق المنظمة كلها لتخفيض إعادة إدخال مرضى هبوط القلب للمستشفى .

تقديرات جمعية جراحى الصدر للمخاطر[٦] : طريقة أنشأتها "جمعية جراحى الصدر" للتنبؤ بمخاطر الوفاة والمراضة بعد إجراء عملية قلب جراحية للراشدين، وذلك على أساس عوامل تغاير المريض ديموجرافيًا وإكلينيكيًا التى توجد قبل الجراحة. فى ٢٠١٠ التزمت منظمة "مبرص" باستخدام هذه التقديرات لكل مرضى جراحة القلب، وبدأت تطلب آراء جراحية ثانية للمرضى الذين لهم نسبة تنبؤ بخطر موت أكبر من خمسة فى المائة. حساب نقط قياس المخاطر حسب "جمعية جراحى الصدر"، بالإضافة إلى أنه يفيد كوسيلة جيدة للأطباء والمرضى لفهم المخاطر الممكنة للجراحة، فإنه أيضًا يمكّن الإكلينيكيين من مقارنة التنبؤات مع النتائج الفعلية للمخاطر (نسبة الوفيات المعدلة بالمخاطر)، ويمكن أن يساعد فى إعطاء المعلومات لعمليات تحسين الجودة فى داخل نطاق الوحدات المقررة للخدمة، وعبر كل "خط خدمة الجهاز الدورى لمنطقة "مبرص".

مرحلة تحليل وفيات الرعاية: مرحلة تحليل وفيات الرعاية طريقة منهجية لمراجعة الوفيات تتأسس على المفاهيم التالية : (١) كل حالات وفيات جراحة القلب يكون لها سبب جذرى عند تحليل الوفاة و(٢) المسار الإكلينيكى لمريض جراحة القلب هو سلسلة من الأحداث، والقرارات الإكلينيكية، والتدخلات، والاستجابات المستقلة للعلاج.[٧] بالنسبة لكل حالة وفاة يتطلب التحليل تصنيف نوع زناد قدح الوفاة فى إطار زمنى واحد من خمسة أطر زمنية؛ ما قبل العملية، وأثناء العملية، وفى وحدة الرعاية المكثفة، ومجال ما بعد العملية، ومابعد خروج المريض. "مرحلة تحليل وفيات الرعاية تحفز الجراحين وقيادة المستشفى إلى تنمية وضقل معالجة عملياتهم للرعاية وتوفر منصة ذات بنية

للنقاش والتثقيف، وتحسين الجودة، والنتائج المعززة. تم فى منظمة "مبــرص" إنشاء إستراتيجية على نطاق المنظومة كلها لمرحلة تحليل وفيــات الرعايـــة، وتشمل هذه الإستراتيجية معًا عمليات المراجعة على مستوى المنشأة المفــردة، وكذلك أيضًا إجراء عمليات باتساع المنظومـــة كلهــا لمراجعـــــة الحــالات ذات "الخطر القليل" للوفاة أو السكتة، أو غير ذلك من النتائج الأقل من المثلـــى (شكل ٣،٢٠) تعد هذه عمليات مراجعة ذات فروع معرفيـــة متعـــددة تـــشمل الجراحين، وأطباء التخدير، وأطباء القلب، والممرضات، وغيـــر ذلـــك مـــن موفرى الرعاية الذين لهم علاقة بالأمر.



شــكل ٣،٢٠ مرجلة تحليل وفيات الرعاية على النطاق الواسع للمنظومة فــى "مبرص". بعد إجراء هذه المرحلة فى كل منشأة محلية، يتم عرض الحــالات الجديرة بما في ذلك وفيات "المخاطر المنخفضة"، فتعــرض فــى اجتماعــات باتساع المنظومة تعقد أربع مرات سنويًا بقيادة أحد الجراحين. يُشار بتوصيات خاصة تعاد إحالتها لكل منشأة بما فى ذلك لجنتها التنفيذية الطبية. يــتم بعــدها على نطاق المنظومة تحديد فرص التحسين وخطط التفعيلات ويتم التصرف أو الفعل حسب ذلك.

استخدام المعايير المناسبة لإعادة تكوين الشرايين التاجيــة: إعــادة تكــوين الشرايين التاجية هى عملية استعادة سريان الدم إلى القلب عــن طريــق فــتح الانسداد فى الشرايين التاجية أو تجاوزه بعملية تحويل. الاستخدام غير الملائــم لإعادة تكوين الشرايين يمكن أن يكون فيه احتمال بالإضرار بالمرضــى وأن يسبب خسائر غير مبررة، فى حين أن الإجراءات الملائمة يمكــن أن تحــسن النتائج الإكلينيكية.[٨] أطباء القلب وجراحو الجهاز الــدورى فــى "مبــرص" يستخدمون على نطاق المنظومة كلها "المعايير الملائمة لإعادة تكوين الشرايين التاجية، التى حددت خطوطها "الكلية الأمريكية لمؤسسة طب القلب"، و "جمعية تصوير الأوعية فى الجهاز الدورى، وإجراء التــدخل"، و"جمعيــة جراحــى الصدر" وكذلك الجمعيات الأخرى التى لها ما هــو مهــم مــن التخصــصات والتخصصات الفرعية.[٩] الفلسفة فى الأســاس مــن ذلــك، والتــى يتبعهــا الإكلينيكيون والقيادات فى منظمة "مبرص" هى أن ما يجــرى مــن تواصــل مراجعة الممارسات الإكلينيكية باستخدام هذه المعايير سيساعد فى الإرشاد إلى تخصيص لموارد الرعاية الصحية أكثر فاعلية، وكفاءة ، وعدالة، الأمر الــذى ينتج عنه نتائج أفضل للمرضى.

إجراء أبحاث لاكتشاف طرائق جديدة لتشخيص وعلاج حالات القلب والأوعية الدموية ، جزء مهم من التزام منظمة "مبرص" بضمان رعاية الجهاز الدورى بطريقة "**ستيب**"، هناك أطباء متخصصون فى الجهاز الدورى فى ثلاث مراكز رئيسية للبحث داخل منظمة "مبرص" – "مركز سولتيرو لأبحاث الجهاز الدورى"، و"معهد بايلور للقلب والأوعية الدموية " فى مستشفى بايلور للقلب والأوعية الدموية، و"معهد أبحاث الجهاز الدورى" فى مستشفى بايلور للقلب فى بلانو، وتساهم هذه المراكز الثلاثة فى تجارب البحث الإكلينيكى القومى والدولى التى توفر توصل المرضى للنجاحات المخترقة تكنولوجيا وما يبزغ من أدوية ووسائل علاج، وذلك أثناء مساهمتها فى تقدم علم الطب. جهود أبحاث الجهاز الدورى عبر منظمة مبرص كلها تركز اهتمامها فى النهاية على النجاحات المخترقة التى تتم ترجمتها إلى نتائج لها معناها بالنسبة للمرضى، بما فى ذلك مزيد من الدقة فى التشخيص، أو مزيد من السرعة فى الشفاء، أو مزيد من الكفاءة فى العلاج إضافة إلى ذلك تعمل منظمة "مبرص" كمركز مرجعىّ مهم لكل من الأطباء والمرضى الذين يسعون إلى المعلومات عن علاج أمراض الجهاز الدورى والتوصل لهذا العلاج. المعلومات والتثقيف عناصر جوهرية فى تكوين الرعاية التى تركز على المريض وتساعد فى أن تؤدى إلى تحسين النتائج الصحية لمرضى الجهاز الدورى. تضم المؤسسة مركزًا لموارد المجتمع مفتوحًا للجمهور ويوفر المعلومات عن إدراك علامات مرض القلب، وفهم خيارات العلاج، والارتباط بجماعات الدعم.

لزيادة تعزيز ودعم الأبحاث الموجهة لتحسين صحة الجهاز الدورى، تم إنشاء "لجنة مراجعة لأبحاث الجهاز الدورى" فى ٢٠٠٧ مهمتها تقييم الجدارة

العلمية لاقتراحات أبحاث الجهاز الدورى فى منظمة "مبرص" والتوصية بتمويلها من "مؤسسة (مبرص)". تجتمع اللجنة سنويًا مرّة واحدة على الأقل لتقييم مدى التقدم فى مشاريع البحث الجارية ولمراجعة الاقتراحات بمشاريع جديدة.

بنية خط خدمة الجهاز الدورى : الاتجاهات فى المستقبل

خدمات الجهاز الدورى فى منظمة "مبرص" سبق أن جُمعت فى خمسة تخصصات تقليدية : طب القلب اللاتدخلى، وطب القلب التدخلى، وجراحة القلب، وعلم أشعة القلب، والفيزيولوجيا الكهربية. مع تنامى خط الخدمة ليفى بالطلب المتزايد للخدمات، ومع تزايد تأكيد النظام على مركزية المريض، فإن خط الخدمة يتحرك بعيدًا عن هذا التنظيم التقليدى المؤسس على عملية الإجراءات، ويكون تحركه فى اتجاه بنية جديدة تؤكد على تعدد الفروع المعرفية فى فرق الرعاية وعلى الإسهام الإكلينيكى الذى يركز على مشاكل خاصة أو حالات خاصة فى أمراض الجهاز الدورى.

علاج أمراض الجهاز الدورى قد أصبح يتزايد تعقدًا نتيجة إنشاء أجهزة جديدة وطرائق مقاربة جديدة للرعاية، وتزايد كمية البيانات العلمية المبنية على الأدلة، وزيادة امتداد الإجراءات الملائمة للاستخدام. هدف فريق القلب "بفروعه المعرفية المتعددة هو أن يجعل قضايا رعاية المريض ذات الأوجه المتعددة فى أمثل وضع، وذلك عن طريق المشاركة والإسهام معًا فى اتخاذ القرار بين مختلف المساهمين فى الرعاية الطبية، وكذلك المرضى وعائلاتهم. [١٠] فى نطاق "خط خدمة الجهاز الدورى فى منظمة (مبرص)"، نجد أن فريق الشرايين التاجية يتضمن طبيب قلب أساسيًّا، وطبيب قلب تدخليًّا، وجراحًا للجهاز الدورى، كما يوجد إذا احتاج الأمر من يقدمون رعاية للطوارئ. فريق اضطراب نبض القلب يشمل طبيب أمراض قلب أساسيًّا، وأخصائى الفيزيولوجيا الكهربية للقلب، وجراحًا

للجهاز الدورى. يتم تنظيم فرق مشابهة مع ما يناسب من مقدمى الرعاية وذلك لعلاج المرضى الذين لديهم مشاكل تصاحب الصمام الميترالى، وصمامات الأورطى، وهبوط القلب.

"مجلس الجهاز الدورى" فى منظمة "مبرص" يشرف على جهود شتى فرق القلب، وكذلك على المبادرات الأخرى لتحسين الجودة باتساع المنظومة كلها. يتكوّن هذا المجلس من فريق قيادة يتضمن رئيسًا له والرؤساء النشطين لمستشفيين متخصصين فى القلب من مستشفيات "مبرص". يتضمن المجلس ممثلين لمجالات جراحة الجهاز الدورى، وطب القلب غير التدخلى، ومتخصصين فى أجهزة مساعدة القلب والبطين، وطبيب رعاية للأوعية، وطبيبًا للفيزيولوجيا الكهربية للقلب، ورعاية الصدر، والتخدير. هناك ممثل أيضًا من منظمة "مبرص" له مقعد فى المجلس. هؤلاء الأعضاء فى المجلس مسئولون معًا عن تحسين نتائج المرضى عن طريق استمرار القياس والتسجيل؛ وتعزيز بنية فريق القلب ليستوعب ما ينشأ ويتطور من احتياجات المريض، وتنمية ونشر أفضل الممارسات المبنية على الأدلة، وتحديد الفرص الجديدة لأبحاث الجهاز الدورى وللابتكارات.

الدروس المستفادة

انبثقت مواضيع مهمة عديدة من جهود تحسين الجودة فى "خط خدمة الجهاز الدورى" فى منظمة "مبرص".

أول درس، أن الجمع المعايَر للبيانات مع تسجيل بيانات دقيقة إكلينيكيًا فيما يتعلق بالموضوع أمران مهمان ليس فحسب لتحديد أولويات التحسين، وإنما أيضًا لحفظ التزام الطبيب لاتخاذ إجراءات التحسين. مثال ذلك، أن إنتاج بيانات شفافة لنتائج المريض، يستثمر رغبة الأطباء فى فعل أفضل مالديهم لمرضاهم. هذه المقارنات بين الأنداد الواحد منهم بالآخر تجعل من الأرجح أن يعمل الأطباء معًا لمناقشة الأفكار لتحسين نتائج المريض.

ثانيًا، يتطلب تحسين الجودة استثمارًا له قدره من الوقت والموارد. وجود قواد إداريين أقوياء وجودة راسخة وثقافة التمحور على المريض كلها عناصر حاسمة لنجاحات خط الخدمة. وأخيرًا فإنه لا حاجة بنا لإعادة اختراع أفضل الممارسات. الكثير من مبادرات تحسين الجودة التى يضمها "خط الخدمة للجهاز الدورى" يأتى نتيجة التمسك بأفضل الممارسات كما فندتها منظمات وضع المعايير فى مجالات طب القلب، وجراحة القلب والصدر وتعد جوانب مهمة لثقافة الأمان التى يتقدم بها الإكلينيكيون الإداريون.

الاستنتاج

"خط خدمة الجهاز الدورى"، بما يتسق مع هدف توصيل أفضل خدمة، يلتزم بضمان أن يتلقى المرضى أفضل ما يمكن من الرعاية للقلب والأوعية الدموية بحيث تكون بأقصى شمول، وتقدم، ورقى. يسترشد هذا الخط للخدمة بمبادئ توصيل رعاية "ستيب" ويعتنق معايير الامتياز المبنية على الأدلة كما حددتها الحكومة الفدرالية والمنظمات القومية للجودة. هذا الالتزام بالجودة يمتد لكل أوجه خط الخدمة، ابتداء من القواد الإداريين والإكلينيكيين حتى الأطباء، والممرضات، ومنسقى الرعاية. ويساعد على ذلك أيضًا بنية تحتية يتركز اهتمامها على الجودة، وتدعم جمع البيانات، وتحليلها، وتقديرها كوسيلة لحفز التحسينات فى توصيل أفضل رعاية ممكنة للجهاز الدورى.

المراجع

1. Ross, J. S., J. Chen, Z. Lin, H. Bueno, J. P. Curtis, P. S. Keenan, S. L. Normand, et al. 2010. Recent national trends in readmission rates after heart failure hospitalization. *Circulation: Heart Failure* 3 (1): 97–103.
2. Wilsey, H. L. 2004. *How we care: Centennial history of Baylor University Medical Center and Baylor Health Care System, 1903–2003.* Dallas: Baylor Health Care System.
3. Ballard, D. J., G. Ogola, N. S. Fleming, B. D. Stauffer, B. M. Leonard, R. Khetan, and C. W. Yancy. 2010. Impact of a standardized heart failure order set on mortality, readmission, and quality and costs of care. *International Journal for Quality in Health Care* 22 (6): 437–444.
4. Stauffer, B. D., C. Fullerton, N. Fleming, G. Ogola, J. Herrin, P. M. Stafford, and D. J. Ballard. 2011. Effectiveness and cost of a transitional care program for heart failure: A prospective study with concurrent controls. *Archives of Internal Medicine* 171 (14): 1238–1243.
5. Society for Cardiovascular Patient Care. Online at: http://scpcp.org/ (accessed May 15, 2013).
6. Society of Thoracic Surgeons. STS Web risk calculator. Online at: http://riskcalc.sts.org/STSWebRiskCalc261/STS%20Web%20Risk%20Calculator%20Descriptor.pdf (accessed May 15, 2013).
7. Shannon, F. L., F. L. Fazzalari, P. F. Theurer, G. F. Bell, K. M. Sutcliffe, and R. L. Prager. 2012. A method to evaluate cardiac surgery mortality: Phase of care mortality analysis. *The Annals of Thoracic Surgery* 93 (1): 36–43; discussion 43.
8. Ballard, D. J., and B. M. Leonard. 2011. National priorities partnership focus on eliminating overuse: Applications to cardiac revascularization. *American Journal of Medical Quality* 26 (6): 485–490.
9. Patel, M. R., G. J. Dehmer, J. W. Hirshfeld, P. K. Smith, and J. A. Spertus. 2009. ACCF/SCAI/STS/AATS/AHA/ASNC 2009 Appropriateness criteria for coronary revascularization: A report by the American College of Cardiology Foundation Appropriateness Criteria Task Force, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society of Thoracic Surgeons, American Association for Thoracic Surgery, American Heart Association, and the American Society of Nuclear Cardiology endorsed by the American Society of Echocardiography, the Heart Failure Society of America, and the Society of Cardiovascular Computed Tomography. *Journal of the American College of Cardiology* 53 (6): 530–553.
10. Holmes, D. R., Jr., J. B. Rich, W. A. Zoghbi, and M. J. Mack. 2013. The heart team of cardiovascular care. *Journal of the American College of Cardiology* 61 (9): 903–907.

الفصل الحادى والعشرون

خدمات الطوارئ

نستور ر. زيناروزا، وكريستين ك. باول

مقدمة

قسم الطوارئ بالمستشفى هو أول مكان يتجه إليه الأمريكيون عندما يصيبهم مرض أو إصابة مما يتطلب رعاية فورية.[1] تشهد أقسام الطوارئ أعدادًا متزايدة من المرضى الذين ليس لديهم تأمين طبى، وكذلك المرضى المؤمن عليهم ويكون أطباؤهم غير متاحين أثناء ساعات قلة كثافة العمل.[1] قسم الطوارئ، باعتباره "الباب الأمامى" للمستشفى، لديه أيضًا أول فرصة، وربما أكثر الفرص حسمًا فى التأثير فى إدراك المريض للرعاية، وكذلك فى الجودة الإكلينيكية. التحدى للإيفاء بهذه المطالب يصبح أكثر تعقيدًا مع التزايد السريع لعدد المرضى الذين يترددون على غرف الطوارئ فى كل سنة.[2] فى سبعينيات القرن العشرين قرر قواد قسم الطوارئ فى منظمة "مبرص" توحيد تنظيم هيئة العاملين فى قسم الطوارئ مع إدارته فى كيان واحد، وكانت هذه خطوة محورية لتطور "خط خدمة قسم الطوارئ". مكّنت هذه المشاركة من التعبئة السريعة لأفضل الممارسات، وأرست خطوط الإرشاد للرعاية، وعمليات تحسين الجودة بما يتفق والحفاظ على مهمة منظمة "مبرص" فى توفير الرعاية بطريقة "**ستيب**".

الخلفية والمنشآت

منظمة "مبرص" توفر حاليًا رعاية الطوارئ الطبية فى عشرة مستشفيات مناطقية تخدم سنويًا ما يزيد عن ٤٧٠٠٠٠ مريض بقسم الطوارئ، وتخطط لتوسيع هذه الخدمة لثمانية مستشفيات طوارئ حرة فى شمال تكساس.

تكونت "خدمات الرعاية الصحية للطوارئ" في ١٩٧٢ باعتبارها كيانًا للتعاقد يساعد في خدمة " مركز الرعاية الطبية في جامعة بايلور" لسد احتياجاته في توظيف الأطباء. وُسع من نمط الرعاية وطريقة معالجة الرعاية اللذين تأسسا في "المركز الطبي لجامعة بايلور" ليمتدا إلى مراكز المجتمع الطبية التي أصبحت جزءًا من منظمة "مبرص"[٣]. في تسعينيات القرن العشرين تطورت "خدمات الرعاية الصحية للطوارئ إلى "شركة رعاية الطوارئ الطبية"، وهي شركة قومية يمتلكها أصحاب الأسهم وتخدم الآن ما يزيد عن ٥٠٠ مستشفى على نطاق الدولة.[٤]

في ٢٠١٢، ضمت منظمة "مبرص" مجهوداتها مع نظام "إيمروس Emerus" – وهو نظام مستشفيات طوارئ صممه أخصائيون مؤهلون بشهادات من "مجلس غرف الطوارئ" – وذلك بغرض أن يتم بحلول ٢٠١٤ مد توصيل رعاية الطوارئ لثمانية مستشفيات طوارئ مستقلة. سيتم فتح هذه المنشآت طيلة ٢٤ ساعة يوميًا. سيتم جعل حالات الإصابات (الرضخ) مستقرة وتنقل إلى مركز إصابات الرضخ (Trauma) حيث تتاح الأسرّة للمرضى الذين يحتاجون للإقامة حتى اليوم التالي. الهدف هو أن تكون خدمات الطوارئ أكثر ملاءمة بالنسبة لعدد السكان المتزايد مع التخفيف من بعض الاحتقان، وبالتالي تحسين خدمة الرعاية فيما هو موجود من أقسام الرعاية في منظمة "مبرص".

البنية التحتية لتحسين الجودة

"خط خدمة قسم الطوارئ" مكرس لأن يوفر للمرضى والعائلات أفضل خدمات رعاية للطوارئ بأسلوب نشط سريع، وبجودة عالية، وجدوى اقتصادية. تفيد البنيات الداخلية وكذلك البنيات الخارجية في عملية تحسين الجودة عبر كل خط الخدمة. أولاً، هناك مشاركة منظمة "مبرص" مع شركة رعاية الطوارئ الطبية"،

باعتبارها مصدرها الوحيد لتوظيف هيئة العاملين والإدارة فى قسم الطوارئ، وقد مكّنت هذه المشاركة من إنشاء وتنفيذ عمليات وإجراءات على نطاق النظام كله منذ ثمانينيات القرن العشرين. وهى قد ولّدت أيضًا أداء تنظيميًا محسنًا بأن وفرت قيادة إستراتيجية قوية.(٦) التزم قواد منظمة "مبرص" وكل الإكلينيكيين فى قسم الطوارئ بتوفير الرعاية بطريقة "**ستيب**"، بما فى ذلك تطبيق أفضل الممارسات، وتخفيف المخاطر، وإستراتيجيات عمليات المعالجة، وقد ساعد هذا على الارتفاع بجودة واتساق الرعاية الطبية للطوارئ التى يوفرها نظام الرعاية الصحية بأكمله.

"مجلس قسم الطوارئ"، يوفر داخليًا فى منظمة "مبرص" القيادة ذات الفروع المعرفية المتعددة هى وطريقة عمل الفريق اللازمين لتنفيذ وتعزيز التحسينات فى توصيل رعاية الطوارئ بطريقة **ستيب**. تتم قيادة "المجلس بالمشاركة بين طبيب، و مديرة تمريض، ومشرف تنفيذى، ويتضمن "المجلس" مديرين طبيين، ومديرات ممرضات، من كل قسم طوارئ فى منظمة "مبرص"، وكذلك ممثلون من "مكاتب التمحور على المريض" و "أمان المريض" و "تحسين الجودة"، و"خدمات الدعم الإضافية". يجتمع "المجلس" شهريًا للمشاركة فى أفضل الممارسات، ومراجعة وسائل القياس، ووضع الأهداف للتحسين. تجتمع اللجان الفرعية أربع مرات فى السنة لمناقشة أهداف التحسين الخاصة فى مجالات تناول البيانات، ومركزية المريض، والكفاءة العملياتية، والاعتمادات القومية.

المبادرات الرئيسية للتحسين

من بين أكبر التحديات التى تواجه قسم الطوارئ، هناك الازدحام، وعدم كفاءة عمليات انسياب المرضى وتشظّى الرعاية التى تتبع الخروج من المستشفى. منظمة "مبرص" كجزء من التزامها المستمر بتوفير رعاية طوارئ فعالة فى الوقت المناسب، قد نفذت مبادرات عديدة مهمة لتحسين الجودة.

التقييم الطبى السريع لتحسين نتاج عدد المرضى

يعد النقص فى العدد الحرج للأسرّة هو والازدحام العام من بين أول العوامل الرئيسية للتحديات التى تواجه أقسام الطوارئ على نطاق الدولة. تم تناول الازدحام فى "المركز الطبى لجامعة بايلور" بتنفيذ "تقييم طبى سريع" ونظام مؤشر يفرز شدة حالات الطوارئ حسب خمسة مستويات بهدف تسريع انسياب المرضى.[٦] المستويات الخمسة هى :

١- حالة طوارئ مغ حالة تهديد للحياة/أو لطرف.

٢- حالة طوارئ مع وجود إمكان لحالة تهديد للحياة/ أو لطرف.

٣- عاجل.

٤- نصف عاجل.

٥- غير عاجل.

مرضى المستوى الثالث يشكلون أكثر من ٤٠ فى المائة من الإجمالى، وقد تحدد أنهم مشكلة كبيرة فى انسياب الرعاية، ينتج عنها أن تغادر نسبة ١٠ فى المائة من المرضى دون معاينتهم. يتم تدخل التقييم الطبى السريع بفريق التقييم الطبى السريع (الذى يتشكل من طبيب، وممرضة مسجلة، وفنى قسم طوارئ)، وغرف انتظار فرعية مجهزة بمتكآت تميل وراء، توجه الممرضة إليها المرضى الذين يمكن معالجتهم بدون الاستلقاء لأسفل والذين يمكن التعامل مع حالتهم فى وقت يزيد قليلاً عن الزيارة الروتينية للعيادة التى تستغرق خمس عشرة دقيقة. يمكن إجراء التقييم الطبى السريع بطرائق مختلفة تتأسس على طريقة تشكيل هيئة العاملين فى قسم الطوارئ، وكيف يكون تصميم القسم، إلا أن المفهوم يبقى متماثلاً: التقييم الطبى السريع يُستخدم عندما يكون عدد المرضى أكثر من الأسرة. فرز ومعالجة المرضى الذين لا يتطلب حالتهم الرقاد يمكّن قسم الطوارئ من استخدام كل سرير بكفاءة أكثر.

مع تنفيذ "المركز الطبى لجامعة بايلور" "للتقييم الطبى السريع" أدى ذلك إلى تحسين له قدره سواء فى رعاية المريض أو إرضاء المريض وهيئة العاملين:

(١) ارتفعت النسبة المئوية للمرضى الذين يرجح أن يوصوا بتزكية منشآت منظمة "مبرص"، فارتفعت من ٧٧ إلى ٩٩ فى المائة واستمرت مرتفعة، و

(٢) النسبة المئوية للمرضى من المستوى ٣ الذين يغادرون بدون معاينتهم انخفضت من ١٤ إلى ٢ فى المائة، و

(٣) تقلاب الموظفين انخفض من ٢٨ فى المائة عند بداية السنة إلى أقل من ٤ فى المائة فى باقى السنة، و

(٤) التقييم الطبى السريع هو وجهود أخرى أدى إلى خفض مدة إقامة مريض غرفة الطوارئ بمقدار ٤٠ فى المائة.

فى نطاق أوسع أدى التقييم الطبى السريع إلى نشأة "نماذج للانسياب الرأسى" لتحسين النتاج من حيث عدد المرضى فى أقسام الطوارئ عبر منظمة "مبرص". تتغاير هذه العمليات للانسياب بما يعتمد على هيئة الأفراد العاملين، والموارد، والمطالب الفريدة لكل قسم طوارئ، ولكنها يتم تصميمها حول مفاهيم إبقاء المرضى القابلين للانتقال فى وضع رأسى (مع التعظيم أو الإكثار من استخدام أسرة أقسام الطوارئ للمرضى الذين يحتاجون إليها لأقصى حد). استخدام أسلوب تفكير عدم الإهدار (Lean) هو والتدريب على الدورة الداخلية السريعة لتحسين الجودة فى منظمة "مبرص" (انظر الفصل ٨) أفادا فى إنشاء هذ النماذج.

تحسين رعاية الإنتان ومعدل الوفاة

الإنتان حالة طبية خطيرة تنتج عن استجابة شديدة من الجهاز المناعى للعدوى. الإنتان يصيب سنويًا ٧٥٠٠٠٠ مريض فى الولايات المتحدة، وله معدل

وفيات يقرب من ٣٠ فى المائة.[٨،٧] الكثيرون من مرضى الإنتان يتقدمون أولاً إلى قسم الطوارئ، ولهذا فإن الإكلينيكيين فى الطوارئ يكونون فى وضع فريد من حيث تعرفهم مبكرًا على المرضى، مع بدء العلاج على أساس علاجات تتأسس على الأدلة، مثل المضادات الحيوية فى الوقت المناسب وتعاطى السوائل للإقلال من معدل الوفاة.[٩] وبالتالى يتعين أن رعاية الإنتان مجال مهم فى تحسين الجودة عبر "خط خدمة قسم الطوارئ".

تنفذ منظمة "مبرص" التوصيات التى أعلنتها حملة الإبقاء على حياة حالات الإنتان".[٩] أدخلت قيادة أقسام الطوارئ، "وسيلة لفرز حالات الإنتان" فى ٢٠٠٩ لمساعدة الإكلينيكيين على تقييم مدى تعرض المريض لخطر الإنتان واستخدمت لذلك أربعة معايير لفرز لمتلازمة الاستجابة للالتهاب منهجيا : ارتفاع سرعة القلب، وارتفاع سرعة التنفس أو انخفاض الضغط الجزئى لثانى أكسيد الكربون، وارتفاع أو انخفاض درجة الحرارة، وارتفاع أو انخفاض عدد خلايا الدم البيضاء. إذا وُجد معياران أو ثلاثة من هذه، وكان الإنتان موضع اشتباه، يُحكم على الفور بأن الفرز إيجابى، بما يحث على أن يجرى الطبيب فورًا تقييمًا للحالة، وأن تجرى اختبارات معمل إضافية، وحقن سريع للسوائل عن طريق التنقيط فى الوريد، وتعاطى المضادات الحيوية. صممت هذه الخطوات لتخفيض وقت التشخيص وتسهيل العلاج السريع.

تتبع منظمة "مبرص" أيضًا بروتوكولاً صارمًا للإنتان، يُخصص فيه استخدام حزمة علاج لست ساعات، هى مجموعة من الإجراءات المبنية على الأدلة ويجب استكمالها فى ست ساعات من التشخيص، وقد تم إنشاء هذه الإجراءات بواسطة "حملة الإبقاء على حياة حالات الإنتان" بالتعاون مع "معهد تحسين الرعاية الصحية"[١١،١٠]. استخدام حزمة الساعات الست يضمن التطبيق

المتسق لفضل الممارسات فى رعاية الإنتان ويوفر أساسًا لقياس وتحسين نتائج الإنتان. تنفيذ "وسيلة فرز الإنتان" ومعها كذلك حزمة رعاية الساعات الست، قد أسهم فى انخفاض بخمسة وعشرين فى المائة من معدل وفيات الإنتان عبر كل منظمة "مبرص" فيما بين ٢٠٠٨ و ٢٠١١، مما أنقذ حياة ٤١٣ من الأفراد. فى ٢٠١٣ اتخذت منظمة "مبرص" استخدام حزمة للتعامل مع الحالات الشديدة من الإنتان وصدمة الإنتان وهى حزمة قد أقرها "المنتدى القومى للجودة". تتضمن هذه الحزمة حزمتين إحداهما من ثلاث ساعات والأخرى من ست ساعات يقصد بهما المرضى الراشدون الذين يأتون بأعراض شديدة من الإنتان وصدمة الإنتان.

مرور هيئة العاملين بقسم الطوارئ على المرضى

قسم الطوارئ هو أول نقطة دخول للمستشفى بالنسبة للكثيرين من المرضى، وخبرتهم هذه لا تقتصر على أن تؤثر فيهم شخصيًا، وإنما تترك أيضا انطباعا دائمًا، إيجابيًا كان أو سلبيًا، حول الرعاية التى تلقوها ونظام الرعاية الصحية ككل.

في ٢٠٠٦ أسهمت ثلاث وحدات لأقسام الطوارئ فى منظمة "مبرص" فى دراسة أبحاث فحصت تأثيرات ثلاثة بروتوكولات لدورات مرور لهيئة العاملين بالمستشفى تدور حول أمان المريض ورضائه فى ٢٨ من أقسام الطوارئ عبر البلد(١٢). البروتوكولات الثلاثة، مجمعة معًا أدت إلي نتائج إيجابية عبر خمسة قياسات:

- انخفاض بنسبة ٢٣ فى المائة فى عدد المرضى الذين غادروا قسم الطوارئ بدون معاينتهم.
- انخفاض بنسبة ٢٣ فى المائة فى عدد المرضى الذين غادروا المستشفى ضد ما نُصحوا به طبيًا.
- انخفاض بنسبة ٥٩ فى المائة فى عدد حالات الوقوع.

- انخفاض بنسبة ٣٥ فى المائة فى استخدام المرضى لضوء الاستدعاء.
- انخفاض بنسبة ٤٠ فى المائة فى عدد أعضاء العائلة والمرضى الذين يتقدمون لمركز التمريض للاستعلام عن رعاية المريض.

معدلات ترتيب رضاء المريض بوجه عام عن الرعاية والتعامل مع الألم زادت أيضًا زيادة لها قدرها. والبروتوكول الذى يتضمن تكتيكا فرديا لرعاية المريض فيطلب من المرضى أن يذكروا أهم توقع لهم فى زيارة قسم الطوارئ، قد نتج عنه أكبر التحسينات.

أشعلت هذه النتائج اهتمامًا مجددًا برضاء المريض فى أحد أقسام الطوارئ بمنظمة "ميرص" وكان القسم يساهم فى الدراسة، بما فى ذلك تأكيد أكبر على ناتج عدد المرضى ومساهمة هيئة العاملين بخط المواجهة مع المرضى كأفراد. كان هذا القسم للطوارئ قد نفذ تدريبًا إلزاميًا لهيئة العاملين من حيث أسلوب الاتصال الأساسى ومهارات إرضاء المريض، وحتى يتم الحفاظ على المسئولية تجرى فيه أسبوعيًا متابعة لمسار أداء دورات المرور فى كل ساعة، ويقدم بذلك تقرير شهرى للإدارة، وترسل نسخة بالبريد إلى هيئة العاملين بقسم الطوارئ. يتلقى أطباء قسم الطوارئ أيضًا تقارير فردية عن نتاج عدد المرضى من المدير الطبى لقسم الطوارئ، وهناك فريق مخصص لإرضاء مريض قسم الطوارئ يعقد الاجتماعات شهريًا لمراجعة ومناقشة معالجة الإجراءات والنتائج ولإعطاء التوصيات. أحداث الاحتفاء بالإقرار بما أنجزه أفراد هيئة العاملين ومكافأتهم تساعد فى دعم معنويات هيئة العاملين والتزامهم بتوصيل أرقى الرعايات جودة لقسم الطوارئ.

تحسين زمن وصول المريض للفحص

ازدحام قسم الطوارئ يؤدى إلى تقبل حلول وسط فى جودة الرعاية وإرضاء المريض، وعندما يغادر المرضى المستشفى بدون علاج، يسبب ذلك خسارة لها قدرها فى عائد المستشفيات. يمكن التخفيف من أثر الازدحام بتحسين

طريقة انسياب تيار المرضى، وابتداء من ٢٠١٣ و ٢٠١٤ سوف تطالب المستشفيات بكتابة تقارير عن إجراءات عديدة تتعلق بازدحام قسم الطوارئ، وتقدم التقارير إلى "مراكز الرعاية الطبية والمساعدة الطبية " للمساعدة على دفع التحسينات فى الكفاءة.[١٣]

قواد قسم الطوارئ فى أحد أقسام الطوارئ بمنظمة "مبرص" حددوا فى ٢٠٠٧ أن نتاج عدد المرضى هو منطقة أساسية لتحسين الجودة. بدأ هؤلاء القواد مشروع دورة سريعة للتحسين حتى يحسنوا نتاج عدد المرضى بأن يقللوا الزمن بين دخول المريض من الباب حتى فحصه بمقدار ٢٠ فى المائة. فى أبريل ٢٠٠٧، كان متوسط زمن انتظار مريض قسم الطوارئ لتلقى فحص طبى فرزى هو ٦٣ دقيقة. أنشأ فريق من هيئة العاملين الإكلينيكية بخط المواجهة إستراتيجية نفذها فى ثلاث مراحل تهدف إلى تخفيض الزمن من دخول المريض من الباب حتى فحصه إلى ٤٨ دقيقة عن طريق الفرز للأسرّة مباشرة، والإسراع بالتسجيل بجوار السرير، وإبلاغ الأطباء مباشرة عند وضع المرضى فى غرفة للعلاج. خلال ثمانية أسابيع فقط أثبت قسم الطوارئ عمليًا تخفيضًا من ٤٠ فى المائة فى الزمن بين دخول المريض من الباب وفحصه، مع انخفاض المتوسط إلى ٣٦،٥ دقيقة. بالإضافة إلى التحسين الدرامى فى عدد النقاط التى تسجل عن رضاء المريض، فإن معدل أن "يُترك المريض بلا علاج " فى قسم الطوارئ هبط من متوسط يبلغ ٥،٤ فى المائة إلى نسبة صغيرة من ٠،٥ فى المائة، تقل بما له قدره عن الهدف القومى المقترح وهو ٢ فى المائة. أدت هذه المبادرات إلى أن فازت المستشفي فى ٢٠٠٨ "بجائزة قصة نجاح من دار جانى القومية للنشر" وذلك لأن المستشفى أثبت عمليًا وجود الابتكار والقيادة لتحسين رعاية المريض والجودة الإكلينيكية على نحو يمكن قياسه.[١٤] منذ ذلك الوقت كرست كل أقسام الطوارئ

عبر منظمة "مبرص" كلها، انتباهها لتحسين زمن وصول المريض للفحص، وذلك من خلال تنفيذ مبادرات مختلفة فى انسياب تيار المرضى.

مهاتفات التليفون بعد خروج المريض من المستشفى

كثيرًا ما يتضمن الخروج من المستشفى توصيل معلومات معقدة، بما فى ذلك نتائج الاختبارات التشخيصية أو التعليمات حول اتباع العلاج أو رعاية المتابعة. تحدث هذه الأمور عمومًا فى وقت يعانى فيه المرضى والأسر من وجود ضغط. الفشل فى توصيل هذه المعلومات بدقة وفعالية قد ينتج عنه الإضرار بالمريض بما يتراوح بين البلبلة وبين أن يجرى حدث غير موات يؤدى إلى العودة إلى زيارة قسم الطوارئ أو حتى الموت. هناك أدلة على أن المهاتفات التليفونية بعد الخروج من المستشفى يمكن أن تحسن من رضاء المريض وتزيد من اتباعه لتعليمات العلاج وغير ذلك من توصيات الأطباء،[١٥] وبناء على هذه الأدلة فإن "مجلس قسم الطوارئ" في منظمة "مبرص" أنشأ ونفذ عملية معيارية لأوضاع المهاتفات التليفونية بعد الخروج.[١٦]

فى أغسطس ٢٠١٠، أجرى أفراد هيئة العاملين فى منظمة "مبرص" ٢٦٨٠٣ مكالمات تليفونية بعد الخروج بمعدل متوسط اتصال من ٣٤،٥ فى المائة (٩٢٤٠ اتصالاً مباشرًا مع المريض أو مع من يمنحه الرعاية). تقدم المكالمة الهاتفية إلى المريض وقت خروجه من المستشفى ويشرح له مقدم الرعاية أنه يود أن يتصل بالمريض خلال الساعات التالية من الأربع والعشرين حتى الثمان والأربعين. يعاير أفراد هيئة العاملين المهاتفة باستخدام محادثة توجه حسب قواعد "لائحة التأمين الصحى القابلة للتنقل والمسئولية". استخدم أيضًا هؤلاء الأفراد نصًا مكتوبًا للسؤال عما إذا كان لدى المرضى أى أسئلة حول تعليمات خروجهم، وعلاجهم، وأعراضهم، ولبدء ميعاد لمتابعتهم مع طبيبهم.

تم إجراء ٩٢٤٠ اتصالاً مباشرًا، بما فيها تدخلات عددها ١٠٤١ تتضمن إيضاح العلاج و/أو التعليمات المنزلية (ن = ٣٤٦، ٣٤%)، وتتضمن تذكيرا بمواعيد المتابعة أو المساعدة فى المراجعات (ن = ٣١٤، ٣٠%). المرضى الذين يسجلون أعراضًا جديدة أو أعراضًا لم يوجد لها حل تعطى لهم التعليمات بالعودة إلى قسم الطوارئ أو إلى طبيبهم للرعاية الأولية (ن = ٣٤٦، ٣٣%).[١٦]

تبين هذه البيانات أن الكثيرين من المرضى يحتاجون إلى المعلومات بعد عودتهم لبيوتهم. بناء على نجاح المهاتفات التليفونية بعد الخروج من قسم الطوارئ، توسع منظمة "مبرص" من مهاتفات المتابعة المعايرة لتمتد إلى أوضاع الرعاية الأخرى.

الدروس المستفادة

جمع البيانات والتسجيل الشفاف يعدان من أحجار الزاوية والدوافع لتحسين الجودة عبر كل "خط خدمة قسم الطوارئ". القياسات تتضمن مدة الإقامة، والزمن بين الدخول من الباب حتى الوصول لمقدم الرعاية، والنسبة المئوية لمن يُتركون بدون معاينتهم، ومعدل الوفاة من الإنتان، وهبوط القلب ورعاية الالتهاب الرئوى، ورضاء المريض. تتم كتابة تقرير عن بيانات الأداء فى قسم الطوارئ، ويقدم التقرير شهريًا على مستوى المنظومة وكذلك أيضًا على مستوى المستشفى. هذه الجهود للقياس وكتابة التقارير قد ساعدت على

(١) تعيين مناطق التحسين.

(٢) تقييم تأثير مبادرات التحسين.

(٣) تعزيز المشاركة فى أفضل الممارسات بين الأقسام المفردة للطوارئ عبر منظمة "مبرص" كلها.

من الضرورى من أجل إنشاء وتنفيذ مبادرات التحسين أن توجد مستويات عالية من الاتساق بين الصفوف ومن المساهمة عبر الفروع المعرفية الإكلينيكية وعبر مجالات توظيف هيئة العاملين، وحمل المسئولية عند أصحاب الأسهم الرئيسيين، واهتمام لا يفتر بتسليم رعاية تتمحور على المريض. وسائل تحسين الجودة التى استخدمت تتضمن تكتيكات لخدمة العملاء، وبروتوكولات معايرة هى ومجموعة بيانات الأوامر الطبية بدخول الحالات.

الاستنتاج

تحسين الجودة فى "خط خدمة قسم الطوارئ فى منظمة "مبرص"، قد استرشد بالاهتمام بإرضاء المريض، وأفضل الممارسات الإكلينيكية، وتحسين نتاج عدد المرضى. قرار قواد منظمة "مبرص" بالمشاركة مع مصدر وحيد لتشكيل الأفراد بهيئة العاملين والإدارة قد سهّل من التحسين السريع فى جودة واتساق رعاية الطوارئ التي تقدم عبر منظمة "مبرص" كلها، وخلق بذلك بيئة وضعها يفى بالطلب المتزايد على رعاية قسم الطوارئ. المعايير والمقاييس التى حافظت على أن يعتبر قواد وإكلينيكيو قسم الطوارئ مسئولين، تشكل جزءا متكاملا من عملية تحسين الجودة، بمثل ما يشكله تطبيق وسائل الدورة السريعة للتحسين.(١٧)

المراجع

1. Institute of Medicine Committee on the Future of Emergency Care in the United States Health System. 2007. *Hospital-based emergency care: At the breaking point.* Washington, DC: National Academies Press.
2. Centers for Disease Control and Prevention. Ambulatory health care data: Survey results and products. Online at http://www.cdc.gov/nchs/ahcd/ahcd_products.htm: (accessed June 25, 2013).
3. Wilsey, H. L. 2004. *How we care: Centennial history of Baylor University Medical Center and Baylor Health Care System, 1903–2003.* Dallas: Baylor Health Care System.
4. EmCare, Inc. About EmCare. Online at: http://www.emcare.com/About-EmCare.aspx (accessed May 15, 2013).
5. Jacobsen, G. 2012. Baylor Health Care System plunges into free-standing ER business. Online at: http://www.dallasnews.com/business/health-care/20120529-baylor-health-care-system-plunges-into-free-standing-er-business.ece (accessed May 15, 2013).
6. EmCare, Inc. A system-wide approach to creating high performance emergency departments. Online at: https://www.emcare.com/Solutions-for-Hospitals/White-Papers/A-System-Wide-Approach-to-Creating-High-Performanc.aspx (accessed May 15, 2013).
7. Angus, D. C., W. T. Linde-Zwirble, J. Lidicker, G. Clermont, J. Carcillo, and M. R. Pinsky. 2001. Epidemiology of severe sepsis in the United States: Analysis of incidence, outcome, and associated costs of care. *Critical Care Medicine* 29 (7): 1303–1310.
8. National Center for Health Statistics, Health, United States 2007 with chartbook on trends in the health of Americans. Hyattsville, MD: U.S. Government Printing Office.
9. Levy, M. M., R. P. Dellinger, S. R. Townsend, W. T. Linde-Zwirble, J. C. Marshall, J. Bion, C. Schorr, et al. 2010. The Surviving Sepsis Campaign: Results of an international guideline-based performance improvement program targeting severe sepsis. *Critical Care Medicine* 38 (2): 367–374.
10. Levy, M. M., P. J. Pronovost, R. P. Dellinger, S. Townsend, R. K. Resar, T. P. Clemmer, and G. Ramsay. 2004. Sepsis change bundles: Converting guidelines into meaningful change in behavior and clinical outcome. *Critical Care Medicine* 32 (11 Suppl): S595–597.
11. Institute for Healthcare Improvement. IHI severe sepsis bundle. Online at: http://www.ihi.org/knowledge/Pages/SevereSepsisBundles.aspx (accessed May 15, 2013).
12. Meade, C. M., J. Kennedy, and J. Kaplan. 2010. The effects of emergency department staff rounding on patient safety and satisfaction. *Journal of Emergency Medicine* 38 (5): 666–674.
13. McHugh, M., K. Van Dyke, M. McClelland, and D. Moss. 2011. *Improving patient flow and reducing emergency department crowding: A guide for hospitals.* Rockville, MD: AHRQ Publication No. 11(12)-0094.
14. Baylor Health Care System Online Newsroom. 2008. Frontline Emergency Team earns two national awards. Online at: http://media.baylorhealth.com/channels/Grapevine/releases/Frontline-Emergency-Team-Earns-Two-National-Awards (accessed May 15, 2013).
15. Braun, E., A. Baidusi, G. Alroy, and Z. S. Azzam. 2009. Telephone follow-up improves patients satisfaction following hospital discharge. *European Journal of Internal Medicine* 20 (2): 221–225.
16. Cochran, V. Y., B. Blair, L. Wissinger, and T. D. Nuss. 2012. Lessons learned from implementation of postdischarge telephone calls at Baylor Health Care System. *Journal of Nursing Administration* 42 (1): 40–46.
17. Ballard, D. J., B. Spreadbury, and R. S. Hopkins, 3rd. 2004. Health care quality improvement across the Baylor Health Care System: The first century. *Proceedings (Baylor University Medical Center)* 17 (3): 277–288.

الفصل الثانى والعشرون

خدمات الرعاية الحرجة

روز مارى لوكوير، وروبرت و. بيرد

مقـدمة

من بين كل الأمريكيين يخبر ٨٠ فى المائة منهم تقريبًا مرضًـا خطيـرًا أو إصابة خطيرة أثناء حياتهم، سواء ما يخبره المريض، أو عضو فـى أسـرته، أو صديق له.[١] وحدة الرعاية المكثفة، التى كثيرًا ما تقدم فيها الرعاية الحرجة، تنقـذ الحياة، ولكنها تواجه أيضًا التحديات حتى توفر للمرضى أفضل رعاية ممكنة مـع ما يتضمنه ذلك من نسبة مخاطر عالية للعدوى وغيرها من المضاعفات الطبيـة. فى هذه البيئات من "المخاطر العالية"، يمكن لما يبدو وكأنه إجراء صغير لتحـسين الجودة أن يكون فيه الفارق بين الحياة والموت. يلتزم "خط خدمة الرعاية الحرجـة لمنظمة (مبرص)" بالعمل على استمرار ارتقاء ممارسة الرعاية الحرجـة، وتنفيـذ ممارسات تمت معايرتها، ومبنية على الأدلة، ومدعومة بـدورات مـستمرة مـن الأبحاث ومبادرات تحسين الجودة للتوصل إلى الرعاية بطريقة "ستيب".

الخلفية والمنشآت

"وحدات الرعاية المكثفة" فى كل مستشفى فى منظمة "مبرص" توفر الرعاية الحرجة الطبية والجراحية لمدى واسع من الحالات بما فى ذلك احتـشاء عـضلة القلب، والالتهاب الرئوى، والمضاعفات الجراحية، وحـالات الـولادة المبتـسرة، والسكتة، والرضخ من الحوادث. "خط خدمة الرعاية الحرجة" تتعدد فيـه الفـروع

المعرفية ويشمل أطباء، وممرضات لديهم تدريب متخصص على الرعاية الحرجة، وهيئة أفراد عاملين فى الطوارئ والصيدلة، ومعالجين للصدر، وأخصائيين فى الأشعة والمعمل، وأخصائيين فى التغذية.

بالإضافة إلى وحدات الرعاية المكثفة العامة الطبية والجراحية، يتضمن "خط خدمة الرعاية الحرجة" فى منظمة "مبرص" وحدات رعاية حرجة للقلب ووحدات فيها خبراء متخصصون ومعدات لمعالجة الرضخ، وكذلك الحالات الحرجة لما قبل جراحات الزرع وما بعدها والحالات العصبية الحرجة.

الإطار التنظيمى لتحسين الرعاية الحرجة

الرعاية الحرجة تنقذ الجيوات، ولكنها أيضًا مصحوبة بمخاطر لها قدرها. مرضى الرعاية الحرجة بسبب شدة وتعقد حالاتهم، يكونون بوجه خاص أكثر تعرضًا للعدوى وغير ذلك من الأحداث الضارة. وهكذا فإن معدل الوفيات، ومعدل الأحداث الضارة، وتكاليف الرعاية كلها مرتفعة.[٢،٣] لمجابهة هذه التحديات أنشأ "خط الرعاية الحرجة" بنية تحتية تمكّن من إجراء تحسينات سريعة لجودة رعاية المريض، وكذلك أيضًا لتخفيض التكلفة داخل كل مستشفى وعبر كل منظمة "مبرص".

لجنة تحسين الجودة من أجل النجاح المخترق بوحدة الرعاية المكثفة

فى أبريل ١٩٩٧ بدأت وحدات الرعاية المكثفة فى "المركز الطبى لجامعة بايلور" فى تحديد وتنفيذ مشروعات "للنجاح المخترق" تستطيع بسرعة أن تحسن نتائج المريض وأن تخفض التكاليف. تتكوّن "لجنة تحسين الجودة من أجل النجاح المخترق بوحدة الرعاية المكثفة" من مدير وحدة الرعاية المكثفة، وإداريين من المستشفى، والممرضات بجوار الأسرة فى وحدة الرعاية المكثفة، وإداريات من الممرضات، وصيادلة، ومتخصصى أغذية، ومحترفين لنظام المعلومات، وقد

أُنشئت اللجنة للبدء والإشراف على هذه الجهود.(٤) مبادرات التحسين التى حددتها اللجنة تم تنفيذها باستخدام مقاربة بخطة "تعمن" أى "تخطيط، عمل، مراجعة، تنفيذ".

مجلس الرعاية الحرجة

تأسس "مجلس الرعاية الحرجة " كواحد من تسعة "مجالس لخط الخدمة" التى تنتظم فى خط متسق مع مجلس حوكمة **"ستيب"** (انظر الفصل الأول). مجلس الرعاية الحرجة يمكّن الوحدات المفردة للرعاية المكثفة، هى والأقسام الأخرى التى تشارك فى الرعاية الحرجة فى كل مستشفى، من أن تساهم وتشترك فى أفضل الممارسات وتنفيذ مبادرات التحسين. المجلس يديره بالاشتراك طبيب ومديرة تمريض، ويتضمن ممثلين للأطباء والتمريض، والإداريين من كل مستشفى فى منظمة "مبرص"؛ وهناك ترابط مع أعضاء فريق صحى لهم خبرة

جدول ١،٢٢ أمثلة للأهداف التى يضعها مجلس الرعاية الحرجة

المجال	الهدف
الأمان	الإقلال من اكتساب العدوى فى المستشفى بما فى ذلك الالتهاب الرئوى المصاحب لأجهزة التنفس الصناعى، وعدوى تيار الدم المصاحبة للخط المركزى، وعدوى الجهاز البولى، وقروح الضغط، والعدوى من "كلوستريديوم ديفيسيل، **"Clostridium difficle**
الوقت الملائم	تخفيض زمن الانتقال من قسم الطوارئ إلى وحدة الرعاية المكثفة.
الفعالية	تخفيض نسبة الوفيات المعيارية للمستشفى بالجهاز التنفسى.
الكفاءة	تخفيض تكاليف وحدة الرعاية المكثفة، مثال ذلك عن طريق تقييم أوامر العلاج واستخدامه.
العدالة	معايرة الرعاية عبر كل منظمة "مبرص"، عن طريق تنفيذ ومعايرة تنظيم أوامر الدفع، والتكاليف، والمعدلات، والتوثيق
محورية المريض	تحسين نقاط القياس فى أبحاث مسح رضاء المريض.

فى الصيدلة والعلاج الصدرى؛ ومشرف تنفيذى. حسب عقد الإنشاء فإن هدف المجلس هو :

- اتخاذ القرارات التى ترتفع بمستوى ممارسة الرعاية الحرجة خلال كل منظمة "مبرص" بالمعايرة للممارسة المؤسسة على الأدلة وتعزيز مبادرات الأبحاث وتحسين الجودة؛ و

- دعم بيئة عمل صحية داخل منظمة "مبرص" عن طريق التعاون بين الفروع المعرفية المتداخلة، والفعالية فى اتخاذ القرار، والقيادة الإكلينيكية التى تنتج عنها بيئات للرعاية الصحية تكون آمنة وشافية، وإنسانية، وفيها احترام للحقوق، والمسئوليات والاحتياجات لدى كل الناس، بما فى ذلك المرضى وعائلاتهم؛ و

- ممارسة رعاية صحية راقية خارج منظمة "مبرص" عن طريق دعم منح الشهادات القومية فى الرعاية الحرجة؛ وبالمساهمة النشطة والقيادة فى منظمات الرعاية الصحية المحلية، وعلى مستوى الولاية، والمستوى القومى؛ والنشرات والندوات التى تتناول تحسين الجودة، والأبحاث والممارسات المبنية على الأدلة فى الرعاية الحرجة؛ وتقدير التوصل إلى أرقى المستويات فى الجودة فى الرعاية الحرجة.

الأهداف الخاصة "بمجلس الرعاية الحرجة " تنظم سنويًا وترتب فى خط متسق مع مبادئ "**ستيب**" للرعاية. الأهداف الجارية حاليًا تتضمن تخفيض المعدل والعدد العام لحالات العدوى المكتسبة فى المستشفى، وتنفيذ إجراءات معايرة للممارسات العامة للرعاية الحرجة، وتخفيض التكاليف (جدول ٢٢،١).

المبادرات الرئيسية لتحسين الجودة

تم خلال العقد الأخير من السنين تنفيذ العديد من مبادرات التحسين عن طريق "خط خدمات الرعاية الحرجة" لمنظمة "مبرص"؛ الكثير منها كان استجابة "لحملة معهد تحسين الرعاية الصحية لمائة ألف حياة"[٥].

منظمة "مبرص" كانت من بين أول عشر منظمات للرعاية الصحية نفــذت حملة "معهد تحسين الرعاية الصحية للمائة ألف حياة (انظر الفصل الأول). أثنـــاء الحملة، وصلت مستشفيات الرعاية الحادة لمنظمة "مبرص" إلى متوســـط تخفــيض أكبر من ١٢ فى المائة من نسبة مخاطر الوفيات فى المرضى الــداخليين المعدلـــة حسب المخاطر، وهذا يزيد عن نسبة التخفيض بخمسة فى المائة التى طُلبت قوميًا للتوصل إلى الهدف العام بإنقاذ حياة مائة ألف فــرد.[٦] هنـــاك ســـت توصـــيات بتدخلات تشارك فى "خط خدمة الرعاية الحرجة"، تشمل ثلاث منها حـــشد "فـــرق استجابة سريعة"، وتوقى عدوى الخط المحــورى، وحـــالات الالتهـــاب الرئــوى المصاحبة لجهاز التنفس الاصطناعى.

برنامج متخصصى الرعاية المكثفة

نوع الرعاية فى وحدات الرعاية المكثفة بالمستشفى يتـــأثر بـــشدة بوجـــود ومشاركة الأطباء المتخصصين فى الرعاية المكثفة " – الأطباء الذين نالوا تـــدريبا خاصًا فى طب الرعاية الخاصة، وهم هكذا مجهزون على نحو أفضل لمعالجة أمر المضاعفات، ويستخدمون الموارد بفعالية، ويقللون الأخطاء لأدنى حد. على الرغم مما ثبت عمليًا من وجود فوائد بتخفيض الوفيات،[٧] فإن هناك تحديات لها قـــدرها إزاء تنفيذ نموذج الأطباء المتخصصين فى الرعاية بوحداتها المكثفـــة. هنـــاك أولاً النقص الموجود حاليا فى عدد أطباء الرعاية المتخصصين الحائزين علـــى شـــهادة من المجلس[٨]، وثانيًا، فإن المستشفيات التى لها وحدة رعاية مكثفة صغيرة قـــد لا يكون من المجدى لها اقتصاديًا أن تحدد أنشطة هؤلاء الأطباء فى وحـــدة الرعايـــة المكثفة وحدها.

أسلوب مباراة الوثب عاليًا "وثبة الضفدع" لمعايير تنظيم هيئة أطباء وحـــدة الرعاية المكثفة يتطلب أن يكون أطباء الرعاية للمتخصـــصين موجـــودين أثنـــاء ساعات النهار ليوفروا حصريًا الرعاية الإكلينيكية في وحدة الرعاية المكثفـــة.[٩] فى الأوقات الأخرى، يكون من المتوقع أن يستجيب الأطبـــاء للنـــداء لاســـتدعائهم خلال خمس دقائق، ويمكنهم الاعتماد على "معاونى الأطبـــاء" داخـــل المستـــشفى (الممرضات المسجلات، ومساعدى الأطباء) الذين يستطيعون تقديم الرعاية السريعة لمرضى وحدة الرعاية المكثفة عند الحاجة إليها. منظمة "مبـــرص" لـــديها حاليًـــا مستشفيان بهما أطباء متخصصون للرعاية موجودون داخل المواقع طيلة ٢٤ ساعة يوميًا، وسبعة أيام فى كل أسبوع، وتعمل المنظمة تجاه اتخاذ نظـــام علـــى نطـــاق واسع لنموذج أطباء متخصصين فى الرعاية موجودين طيلة ١٢ ساعة (أو أكثـــر) فى كل المستشفيات التى يوجد فيها عدد من المرضى يبرر ذلك. فى المستـــشفيات التى يكون فيها وحدات رعاية مكثفة أصغر (أى أقل من ١٢ من الأســـرة) تكـــون منظمة "مبرص" عندها فى حاجة إلى طبيب استشارى متخصص فى الرعاية (إمـــا بشخصه أو باستخدام العلاج الطبى عن بعد)، إلا أن كل حالة رعايـــة مكثفـــة لا يديرها طبيب متخصص فى الرعاية مكرس للموقع.

الزيارة المفتوحة لوحدة الرعاية المكثفة

منظمة "مبرص" كجزء من التحول إلى نمـــوذج رعايـــة يتمحـــور علـــى المريض، قد نفذت تغيرات خاصة صممت لتفى باحتياجـــات المرضـــى الفـــرديين وتحسين خبرة المريض بما فى ذلك خبرته فى داخل وحدة الرعاية المكثفة. تفهمت منظمة "مبرص" أن زيارات أسرة وأصدقاء المريض تلعب دورًا مهمًا فى شـــفاء المريض، وفى التواصل معه، وفى أمانه، وهكذا فإن "مبرص" أزالت كـــل قيـــود الزيارة فى كل وحداتها للرعاية المكثفة ابتداء من ٢٠١٠ وهى سياسة تتطلب تغيرا

ثقافيًا أساسيًا، خاصة فيما يتعلق برعاية التمريض. "مكتب التمحور على المريض" وقيادة وحدات الرعاية المكثفة كان لهما دور محورى فى التعامل مع أوجـه قلـق هيئة العاملين وذلك بإنشاء خطوط إرشادية جديدة لزيارة العائلة، وإنـشاء خطـط لاشتراك العائلات فى دورات مرور فيها تعدد للأفرع المعرفية. أدت هذه الجهـود إلى وجود فهم أفضل لخطة الرعاية عند أسر المرضى، وكـذلك وجـود تحـسين بارتفاع نقاط قياس رضاء المريض.

برنامج الأمان الشامل على أساس الوحدة

هذا البرنامج إطار إستراتيجى لتحسين الأمان يضم مبـادئ أسـلوب عمـل الفريق والتعلم من الأخطاء.(١٠) أول من اتخذ هذا البرنامج فى منظمة "مبرص" هو وحدة رعاية مكثفة للجهاز الدورى فى "المركز الطبى لجامعة بـايلور" فـى سـنة ٢٠١٠، وقد انتشر الآن فى وحدات أخرى فى "خط خدمة الرعاية الحرجة". صُمم البرنامج لتعليم وتحسين الوعى بشأن أمان المريض، وجودة الرعاية، وتمكين هيئة العاملين من أخذ المهمة على عاتقهم وتحسين الأمان فى مكـان عملهـم، وخلـق المشاركة بين الوحدات والتنفيذيين بالمستشفى لتحسين الثقافة التنظيميـة، وتـوفير الوسائل لاستقصاء العيوب والتعلم منها، "برنامج الأمان الشامل على أساس الوحدة " ساعد على تحسين التواصل وأسلوب العمل كفريق بين الأطباء، والممرضـات، والأعضاء الآخرين فى فريق وحدة الرعاية المكثفة. وقد نتج عنه أيضًا تحـسينات خاصة فى أمان المريض بما فى ذلك إنشاء إجـراءات معـايرة لتـسجيل تـاريخ المرضى ونقل المعلومات الحيوية للمرضى من غرفة الطوارئ إلى وحدة الرعاية المكثفة. الإثباتات العملية لنجاحات هذا البرنامج قد حفزت على انتشار اسـتخدامه عبر منظمة "مبرص" كلها.

الدروس المستفادة

هناك أمور ضرورية لتحسين الجودة عبر "خط خدمة الرعاية الحرجة" وهى التوقيت المناسب، والاهتمام بالتفاصيل، والمعايرة، والعمـــل كفريـــق، والـــشفافية. إجراءات توقى العدوى وتطبيقات أفضل الممارسة المبنيـــة علـــى الأدلـــة، هـــى والبروتوكولات، هذه كلها تحسن إلى حد كبير من نتائج المرضى، ولكنها تتطلـــب انتباهًا صارمًا بالتفاصيل وثقافة العمل كفريق حتى يمكـــن أن تُحـــدث أى تغييـــر. الشفافية هى أيضًا دافع مهم لتحسين الجودة عبر "خط خدمة الرعاية الحرجة". كـــل وحدة رعاية مكثفة تنتج شهريًا لوحات قياس توفر بيانات إكلينيكية ملخصة تتعلـــق بالعدوى بالخط المحورى، وحالات الالتهاب الرئوى المـــصاحبة لجهـــاز التـــنفس الاصطناعى، ومعدل الوفيات، ومدة الإقامة؛ وبيانات خبرة المريض؛ وكذلك أيضًا بيانات عن المعمل وصور الأشعة، والتكاليف الصيدلية. تراجـــع هـــذه التقـــارير بواسطة "مجلس الرعاية الحرجة " وتعطى المعلومات عن مبادرات تحسين جديدة. وهى أيضًا مضمنة فى التقارير الشهرية "لرعاية **ستيب**" التى يتشارك فيها "مجلـــس الأمناء" وكل موظفى "مبرص".

الاستنتـــاج

"خط خدمة الرعاية الحرجة" فى منظمة "مبرص" مخصص لتوفير الرعايـــة بطريقة "**ستيب**" لأقصى الحالات شدة فى المرض والإصابة. هذه المبادئ ترشد كل مبادرات خط خدمة تحسين الجودة، وتتخلل كل الأنشطة، ابتداء من الجهـــود التـــى تبذل باتساع النظام كله للإقلال من العدوى المكتسبة من المستشفى، ووصولاً إلـــى تنفيذ بروتوكولات معيارية لتعاطى الدواء، وغير ذلك مـــن الممارســـات المعتـــادة للرعاية فى وحدة الرعاية المكثفة. "خط خدمة الرعاية الحرجة" تدعمه بنية تحتيـــة تمكّن من سرعة إنشاء وحشد إجراءات تحسين الجودة وثقافة تمكّن هيئة العـــاملين على كل المستويات من إحداث التغير.

المراجـع

1. Society of Critical Care Medicine. Online at: http://www.sccm.org/Pages/default.aspx (accessed May 15, 2013).
2. Joint Commission Resources Staff. 2004. *Improving care in the ICU.* Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission Resources.
3. Halpern, N. A., and S. M. Pastores. 2010. Critical care medicine in the United States 2000–2005: An analysis of bed numbers, occupancy rates, payer mix, and costs. *Critical Care Medicine* 38 (1): 65–71.
4. Baird, R. W. 2001. Quality improvement efforts in the intensive care unit: development of a new heparin protocol. *Proceedings (Baylor University Medical Center)* 14 (3): 294–296; discussion 296–298.
5. Berwick, D. M., D. R. Calkins, C. J. McCannon, and A. D. Hackbarth. 2006. The 100,000 lives campaign: Setting a goal and a deadline for improving health care quality. *JAMA* 295 (3): 324–327.
6. Baylor News: BHCS excels in national campaign to save 100,000 lives. 2006. *Proceedings (Baylor University Medical Center)* 19: 398–401.
7. Pronovost, P. J., D. C. Angus, T. Dorman, K. A. Robinson, T. T. Dremsizov, and T. L. Young. 2002. Physician staffing patterns and clinical outcomes in critically ill patients: A systematic review. *JAMA* 288 (17): 2151–2162.
8. Angus, D. C., M. A. Kelley, R. J. Schmitz, A. White, and J. Popovich, Jr. 2000. Caring for the critically ill patient. Current and projected workforce requirements for care of the critically ill and patients with pulmonary disease: can we meet the requirements of an aging population? *JAMA* 284 (21): 2762–2770.
9. The Leapfrog Group. 2008. Factsheet on ICU Physician Staffing. Online at: http://www.leapfroggroup.org/media/file/Leapfrog-ICU_Physician_Staffing_Fact_Sheet.pdf (accessed May 15, 2013).
10. Pronovost, P. J., B. Weast, B. Rosenstein, J. B. Sexton, C. G. Holzmueller, L. Paine, R. Davis, and H. R. Rubin. 2005. Implementing and validating a comprehensive unit-based safety program. *Journal of Patient Safety* 1: 33–40.

الفصل الثالث والعشرون

خدمات حالات الأورام

آلان م. ميلر، ومارفين ج. ستون، وجانين ل. جونز

مقـدمة

يظهر السرطان لدى نصف كل الرجال وثلث كل النساء في الولايات المتحدة أثناء حياتهم، ويظل السرطان هو ثاني أكبر الأسباب شيوعًا للموت في الولايات المتحدة.(١) يوجد في دالاس "مركز بايلور تشارلز أ. سامونز"؛ وهو أكبر وحدة في "خط خدمة الأورام في منظمة (مبرص)"، وقد تأسس منذ أكثر من ٣٥ سنة، برؤية لتوفير رعاية إكلينيكية بجودة راقية، وتوفير أبحاث وتثقيف فائقين، وخدمات دعم شاملة للمرضى والعائلات عن طريق تفاعلات تعاونية لفروع معرفية متعددة تتم بين شتى التخصصات الطبية وهيئة العاملين الداعمة. تنظيم وحوكمة المركز، بما في ذلك التعاون مع إحدى أكبر جماعات ممارسة حالات الأورام في الدولة، قد تأسسا لتسهيل التوصل لهذه الأهداف. حاليًا، اتسعت "شبكة مركز سرطان بايلور تشارلز أ. سامونز" لتمتد إلى ستة برامج سرطان إضافية خلال كل منظمة "مبرص" وكلها تتساوى في التزامها بالارتقاء بعلم السرطان وأن توفر أثناء ذلك للمريض رعاية بأرقى جودة فيها شخصانية، وشمول، وتعاطف.

التاريخ الموجز والمنشآت

في ١٩٧٦ تأسس في دالاس "مركز بايلور تشارلز أ. سامونز للسرطان"، كاستجابة لثلاثة عوامل دفعت لذلك:

(١) عدد متزايد من مرضى السرطان، يُدفعون للمركــز الطبـــى بــسبب خبرتــه المتنامية فى الرعاية المتعلقة بالسرطان.

(٢) الدعم القومى لأبحاث السرطان الأساسية والإكلينيكية،[٢]

(٣) تصميم تخطيط للأورام الطبية كتخصص فرعى جديد فى الطب الباطنى.[٣]

"مركز بايلور أ.سامونر للسرطان"، بخلاف مراكز السرطان الأخرى الحرة المستقلة، تم تصوره وتنفيذه كوحدة متكاملة داخل نطاق "المركز الطبـــى لجامعــة بايلور" – "كمركز بدون جدران" يقوم بتوفير الرعاية لمريض الأورام، والتثقيــف والأبحاث خلال كل المركز الطبى. تم فى وقت متزامن إنشاء "قسم للأورام" يشمل أكثر من ١٢٥ عضوًا لهم مناصب أساسية فى أقــسام الجراحـــة (والتخصــصات الجراحية)، والطب الباطني، وعلم الأشعة، والولادة/أمراض النساء والباثولوجيــا. مهمة "مركز السرطان" هى أن يوفر رعاية إكلينيكية راقية عن طريــق إجــراءات راقية للفرز، والوقاية، والخدمات التشخيصية والعلاجية، والأبحاث والتثقيف علـــى نحو متفوق بارز، وخدمات دعم شاملة للمرضى والعائلات (جدول ١، ٢٣).

الأفرع المعرفية الخمسة للمركز (الأشعة، وعلم الأورام، والأورام الطبية– أمراض الدم، والأورام الجراحية، وباثولوجيا علم الأورام، وأورام أمراض النساء) تعالج الآن أكثر من ٨٠٠٠ مريض سنويًا. برنامج الــسرطان "للمركــز الطبـــى بجامعة بايلور" يتم باستمرار اعتماده بواسطة "لجنة السرطان بالكليـــة الأمريكيـــة للجراحين، وذلك منذ ١٩٩٢، كشهادة تصديق على تفانى البرنامج فـــى إخــلاص لتوفير أرقى مستوى للرعاية كما يقاس إزاء المعـــايير القوميـــة وعلـــى التزامـــه المستمر بالتعامل مع احتياجات كل مريض مع تحسين النتائج.

التعاون مع هيئات الأورام فى تكساس

فى ١٩٧٢ كونت مجموعة صغيرة من أخصائيى الأورام الطبية فى تكساس "مجموعة أمراض الأورام الطبية"، كبداية لما أصبح الآن إحدى أكبر المجموعــات

لممارسة حالات الأورام فى البلاد. كان الدافع الأصلى هو توفير الغطاء والمساعدة فى العناية بالتزايد السريع فى عبء استشارات حالات الأورام فى "المركز الطبى

جدول ١،٢٣ البرامج والخدمات الرئيسية فى مركز سرطان بايلور تشارلز أ. سامونز بدالاس

المركز/البرنامج	التوصيف
الدم والنخاع برنامج الزرع	يقدم نطاقاً شاملاً من الخدمات لمعالجة حالات سرطان الدم (اليوكيميا والليمفوما، والميلوما)، ويتم اعتماد ذلك بواسطة "مؤسسة اعتماد العلاج الخلوى".
السرطان الوراثى برنامج المخاطر	يوفر للمريض الثقافة والاختبارات، والتفسير لنتائج الاختبارات الوراثية، ومناقشة خيارات تناول حالات سرطان الثدى، والمبايض، والقولون وغيرها.
مركز التجارب الإكلينيكية المبتكرة	يوفر موقعًا واحدًا للمرضى لمرحلة الدخول II/I فى التجارب الإكلينيكية بما فى ذلك الفحوص الإكلينيكية، والتنقيط بالوريد، وجمع العينات، وأبحاث المعمل.
البرنامج الطبى المتكامل	يجمع بين الطب التقليدى مع مقاربات تكميلية تشمل تناول علاج الضغوط، والاستشارات الغذائية، والوخز بالإبر.
الكبد والبنكرياس	توفير رعاية شاملة للمرضى بحالات أمراض الجهاز الكبدى المرارى والبنكرياس.
العيادة الخارجية للأورام	تشمل عيادات متخصصة للعظام والأنسجة الرخوة، وخدمات أمراض القلب، وخدمات الأسنان، وسرطانات الرقبة والرأس، واللمفديما، والطب الطبيعى والتأهيل، وفرز حالات سرطان الجلد وأورام قاعدة الجمجمة.
برنامج رحلة المريض	يوفر ممرضات مسجلات مكرسات لمساعدة المرضى والعائلات فى جمع السجلات الطبية، وتنسيق المواعيد والإحالات أوالتحويلات، والإجابة عن الأسئلة حول الخطط الشخصية للرعاية.
مركز فيرجينيا ر. سفتكو لتثقيف ودعم المريض	تشمل خدمات هذا المركز مكتبة لتثقيف المريض، ومجموعات دعم لأمراض معينة، وكذلك الإرشاد بواسطة المتقفين من الممرضات، والقسس، والأخصائيين الاجتماعيين، وأخصائيى علم النفس الإكلينيكيين، وممارس موسيقى، ومتطوعين مدربين من الناجين أحياء من السرطان.
مركز و. هـ. وبيجى سميث لسرطان الثدى	يوفر التثقيف، وخدمات الاكتشاف المبكر، وخيارات العلاج المتقدم والخدمات الداعمة، ويتم اعتماده بواسطة "برنامج الاعتماد القومى لمراكز الثدى".

لجامعة بايلور.[٥] رأى المختصون "أن من الأهداف المهمة "لمركز السرطان" توصيل رعاية السرطان المعقدة للمناطق التى تنال خدمة أقل مما ينبغى، ويعتمد هذا أيضًا على "المجموعة الطبية للأورام". بدأ توسيع هذه الأنشطة فى ١٩٧٩، مع قيام العديدين من أعضاء المجموعة برحلات منتظمة إلى أوديسا، فى تكساس، حيث أدت زيادة الطلب على الرعاية الشاملة للسرطان إلى إنشاء عيادة على هذا المدى البعيد.[٣] سرعان ما تبع ذلك إنشاء عيادات فى مدن تكساس فى باريس، وميدلاند، وكورسيكا، بما أدى إلى إيجاد مفهوم تعدد الممارسة وإنشاء مركز "أورام تكساس" فى ١٩٨٦. يساهم "مركز أورام تكساس" بالمزيد من المنح لزمالة الأورام الطبية التى تدرس لمدة سنتين وتمولها "مؤسسة نظام الرعاية الصحية لبايلور"، وتقبل تمويل ثلاث منح زمالة سنويًا. بحلول ٢٠١٣ يكون ٥٧ طبيبًا قد أكملوا برنامج زمالتهم، ويبقى حوالى الثلثين فى منطقة شمال تكساس.

برنامج زرع الدم والنخاع

أحد الأوليات الرئيسية فى السنوات المبكرة "لمركز السرطان" كانت إنشاء برنامج لزرع النخاع، وقد تأسس فى ١٩٨٢ وأصبح عنصرًا مكونًا رئيسيًا فى جهود "مركز السرطان" الإكلينيكية والبحثية. يشترك فى البرنامج أطباء لعمليات الزرع وكذلك أيضًا ممرضات، وأخصائيو تغذية، ومنظمون لطريقة تناول الحالات وأخصائيون اجتماعيون، ومثقفون للمرضى وخبراء فى الدعم الاجتماعى السيكولوجى. أطلق البرنامج دراسات أبحاث تستمر فى مجالات سيتوكينات تكوين الدم (الجزيئات التى تحفز نمو خلايا الدم)، وتوقى مضاعفات العدوى وتناول أمرها، وتصميم طرائق جديدة لتوقى وتولى أمر أمراض "الترقيع- إزاء العائل". البرنامج بمثابة عضو مؤسس "للجمعية الأمريكية لزرع الدم والنخاع" وقد ساعد الجمعية فى إنشاء دورية من المطبوعات التى يراجعها الأنداد فى علم الزراعة

الإكلينيكية والمعمل الإكلينيكى. وهو الآن يُعد برنامجًا من بين تسعة برامج فقط لزرع الدم ونخاع العظام فى الولايات المتحدة، وهو أيضًا برنامج الزرع الوحيد فى تكساس الذى يوفر أربعة عناصر مكونة "للبرنامج القومى للمتبرع ": مركز للتبرع، ومركز للزرع، ومركز لجمع نخاع العظام، ومركز لجمع بعض مكونات الدم وإعادة الباقى للمتبرع "apheresis".

التوسع فى منشآت مركز السرطان ونوعها

بحلول ٢٠٠٥، أدركت قيادة منظمة "مبرص" أن

(١) تشخيص السرطان يتزايد عبر البلد.

(٢) أن الحاجة لرعاية السرطان فى شمال تكساس سوف تتزايد دراميًا فى عقود السنين التالية.

(٣) أن "مركز بايلور تشارلز أ. سامونز للسرطان فى دالاس" ينبغى أن يستجيب لهذه الحاجة عن طريق توسيع أساسى فى منشآته وخدماته للمرضى.

قُدمت استثمارات من ٣٥٠ مليون دولار لإنشاء عيادة خارجية جديدة ومستشفى للحالات الداخلية، وقد فُتحت أبوابهما فى ٢٠١١ و ٢٠١٢ حسب الترتيب. منشأة المرضى الداخليين بها ٩٠ سريرًا وتتضمن مركزًا فريدًا يعمل لأربع وعشرين ساعة لتقييم أمراض الأورام وعلاجها، وكذلك مركز للعلاج بالتنقيط فى الوريد، ومركز لفصل بعض مكونات الدم وإرجاع الباقى للمتطوع. هذا المركز للأسرة الداخلية هو ومركز العيادة الخارجية يتكاملان تمامًا، وقد بنيا ليكمل أحدهما الآخر. وهما يتشاركان عن قصد فى الكثير من خدمات الدعم نفسها، وبالتالى فإن التحول من خدمات المرضى الداخليين إلى خدمات العيادة الخارجية يتم بلا ثغرات.

تم في أواخر ٢٠١٢ إطلاق العمل فى "شبكة مركز السرطان لتشارلز أ. سامونز"، وإضافة برامج للسرطان فى ست منشآت إضافية بمنظمة "مبرص" كلها لديها اعتماد من "لجنة السرطان". يستطيع المرضى الاعتماد على قوة الشبكة كلها، من حيث إمكان التوصل إلى خبراء معترف بهم قوميًا فى علاج أنواع السرطان المختلفة، ومن حيث إتاحة أكثر التكنيكات والأجهزة رقيًا، أثناء علاجهم على مقربة من بيوتهم.

تنظيم مركز السرطان وحوكمته

الهدف الرئيسى لمركز "بايلور تشارلز أ. سامونز للسرطان " فى دالاس هو أن يسهل التفاعلات ما بين فروع المعرفة المتعددة بين الأخصائيين فى المجالات المختلفة وذلك من أجل توفير أرقى جودة شاملة لرعاية المرضى. هذه الطريقة للمقاربة مع وجود فروعها المعرفية المتعددة تم تنفيذها وتنسيقها عن طريق ما يزيد عن اثنتى عشرة لجنة للأورام "متخصصة بالموقع"، وكذلك أيضًا عن طريق بنية تنظيمية فى طبقتين بدرجتين، تتكون من لجنة طبية ولجنة تنفيذية. تأسست على مستوى المنظمة، "لجنة طبية للأورام " فى منظمة "مبرص"، و"هيئة إدارية"، وكذلك " منتدى لتمريض الأورام ". وقد تأسست كلها للتنسيق بين أهداف الجودة ومبادراتها، ولتسهيل المشاركة فى أفضل الممارسات بين برامج حالات الأورام عبر كل منظمة "مبرص".

لجان الأورام المخصصة بالموقع

عندما تم فتح "مركز بايلور تشارلز أ. سامونز للسرطان " فى دالاس فى ١٩٧٦، شعر الكثيرون من الأطباء أن المفهوم التقليدى "للجنة الورم"، حيث هناك مجموعة صغيرة من الأطباء يناقشون أمر مرضى مصابين بمختلف أنواع

السرطان، هو مفهوم قد راح زمنه. هكذا، فإن المركز أنشأ لجانًا مختلفة لكل من المواقع الرئيسية للسرطان، كل لجنة منها مسئولة عن تنظيم وإدارة مؤتمر عن الموقع فى فترات منتظمة وتنسق أنشطة التثقيف والأبحاث المتعلقة بهذا الموقع. يوجد الآن ثلاث عشرة لجنة ومؤتمرًا متخصصة حسب الموقع وذلك بالنسبة للعظام والأنسجة اللينة، والثدى، والصدر، والغدد الصماء، والرأس والعنق، والكبد، والبنكرياس، وأمراض الدم الخبيثة، وأورام الجهاز العصبى، والجلد وقاعدة الجمجمة، وحالات زرع الخلايا الجذعية، والمسالك البولية. هناك مراكز أخرى بمنظمة "مبرص" توجد داخل "شبكة مركز السرطان لتشارلز أ. سامونز " قد نظّمت على نحو مماثل لجان أورام ومؤتمرات تتعدد فروعها المعرفية، متبعة نموذج دالاس. هذه التجمعات لا تنتظم بالضرورة حول مواقع فردية للورم، وإنما هى بالفعل تجتمع بانتظام لمناقشة التطورات فى الأبحاث ورعاية المريض فيما يتعلق بنطاق من أنواع السرطان. وهى مصدر مهم لاستمرار تثقيف الإكلينيكيين المتخصصين فى الأورام عبر كل منظمة "مبرص".

اللجان الطبية والتنفيذية

أدرك قواد مراكز السرطان فى أوائل ثمانينيات القرن العشرين أن هناك بنية تنظيمية متميزة تُعد ضرورية إذا كان لمركز السرطان ككل أن يؤدى وظيفته بأسلوب فعال بما له من فروع معرفية متعددة. تأسس لذلك نظام لجنة من طبقتين مدرّجتين:

١- اللجنة الطبية وتشرف على لجان مواقع الورم، وجودة الرعاية، والأنشطة على المدى البعيد، وتعمل كقوة استشارية لمدير "مركز السرطان". وهى تتضمن ممثلين من كل فرع معرفى أساسى يساهم فى رعاية السرطان، بما فى ذلك أمراض الأورام الطبية، وعلم أشعة الأورام، والجراحة، والباثولوجيا، والأشعة، والتمريض، ودور الأخصائى الاجتماعى.

٢- اللجنة التنفيذية، وهى مسئولة عن السياسة العامة والتكامل فى برامج "مركز السرطان " فى "المركز الطبى لجامعة بايلور"، وتتضمن رئيس كل قسم رئيسى يشارك فى رعاية السرطان.

اللجنتان كلتاهما من اللجان الثابتة بهيئة العاملين الطبية، وبالتالى فإنهما تقدمان التقارير إلى المجلس الطبى. كلتا اللجنتين يوجد فيهما بالإضافة للأطباء أعضاء من مستوى مرتفع من الإداريين. هذا النظام للجنة من درجتين قد ثبتت قيمته فى توفير تدخل بقاعدة عريضة من العاملين الطبيين، هم ضروريون وكذلك مطلوبون لتنظيم "مركز السرطان" بفروعه المعرفية المتعددة. وقد أفاد أيضًا فى توفير تنفيذ متكامل لأنشطة "مركز السرطان" فى المركز الطبى ككل.

فى "مركز تشارلز أ. سامونز فى دالاس" نجد أن القيادة الطبية والإدارية تقعان فيزيقيًا فى جناح المكتب نفسه لتسهيل تدفق المعلومات والأفكار وحل المشاكل تعاونيًا. تُعقد شهريًا اجتماعات عملياتية للقواد الإداريين، وكذلك لقيادات التمريض، ومديرى التمريض، ومثقفى التمريض، وصيادلة أمراض الأورام، وهذا يسهل التشارك فى المعلومات ويحدد مناطق تحسين الجودة.

البنية التحتية لعلم الأورام على مستوى المنظومة

مع امتداد خدمات الأورام لتشمل برامج سرطان أخرى عبر منظمة "مبرص"، امتدت أيضًا تحديات معايرة ممارسات الرعاية ومبادرات التحسين. فى ٢٠١٠ تأسست "هيئة الأورام الإدارية" فى "مبرص" و "اللجنة الطبية للأروام" فى "مبرص" للمساعدة فى تنسيق هذه الجهود. الهيئة الإدارية تتضمن قواد "خط خدمة الأورام" من كل مستشفى بمنظمة "مبرص" لديها برنامج أورام؛ اللجنة الطبية تتضمن الرؤساء الطبيين للجنة السرطان فى كل مستشفى، تعقد هذه المجموعات

اجتماعات ربع سنوية وتسهل التشارك فى المعلومات وأفضل الممارسات، وفى وضع خطط إستراتيجية للأورام ومبادرات الجودة باتساع المنظومة كلها، وذلك وفقًا للأولويات العامة "لمبرص" فى مجالات الجودة، والخدمة، والأداء، والماليات. وهى توفر أيضا منتدى يمكن فيه تشارك أحد المراكز مع المواقع الأخرى فى بروتوكولات العلاج الجديدة أو فى برامج الامتداد للمرضى البعيدين التى تنشأ وتنقح فى أحد المراكز ويتم تشاركها أيضًا مع المواقع الأخرى.

"منتدى تمريض الأورام" تأسس أيضًا فى ٢٠١٠ ليوفر الفرصة لإكلينيكى الأورام من كل منظمة "مبرص" للاجتماع للتشاور حول قضايا تتعلق بالأمان والنتائج الصحية لمرضى الأورام. المنتدى أيضا يحسن من رعاية المريض عن طريق المشاركة فى أفضل الممارسات المبنية على الأدلة. يشارك فى المنتدى حاليا مديرو ومشرفو التمريض من تسعة مستشفيات بمنظمة "مبرص" يتوفر بها خدمات للمرضى الداخليين. المنتدى مفتوح أيضًا لمثقفى التمريض والصيادلة. يجتمع المنتدى كل ربع سنة لإنشاء ومراجعة السياسات المعيارية، والإجراءات، وخطوط إرشاد الممارسة فى كل المنشآت. يلعب المنتدى أيضًا دورًا مهمًا فى التثقيف المستمر لممرضات الأورام عن طريق منح تثقيفية ودعم بإعطاء شهادات تصديق قومية. "منتدى تمريض الأورام" يعمل حاليًا من أجل زيادة عدد الممرضات الحاصلات على شهادة تمريض للأورام واللاتى يعملن من خلال "خط خدمة الأورام".

التجارب البحثية والإكلينيكية

تتاح رعاية راقية لمرضى السرطان فى "مركز بايلور تشارلز أ. سامونز للسرطان فى دالاس"، وهى رعاية يحفز عليها برنامج مقدام فى الأبحاث الأساسية والتفسيرية. يتزايد اهتمام هذه الأبحاث بالطب الشخصانى والمدقق، باستخدام

وسائل علاجية تستهدف خواص محددة فى المرضى ومسارات محددة تسهم فى بيولوجيا السرطانات المفردة. "مركز السرطان" به "مركز للتجارب الإكلينيكية المبتكرة "، وهو يوحّد كل المرحلة I والمرحلة II من التجارب الإكلينيكية فى موضع واحد، بما يبسّط مساهمة المريض بأن يوفر موقعًا مشتركًا لكل الفحوص الإكلينيكية، والعلاج بالتنقيط فى الوريد، وجمع العينات لأعمال المعمل، وزيارات المتابعة.

تأسس فى ٢٠٠٩ "مكتب تنسيق أبحاث الأورام الإكلينيكية" باعتباره مركز الدعم المحورى لكل نشاط الأبحاث الإكلينيكية عبر منظمة "مبرص". يحافظ المكتب على قائمة من البروتوكولات النشطة، تتضمن التجارب المفتوحة لأن يندرج فيها المريض، والتى تتابع التراكمات فى المريض. التجارب متاحة لمدى واسع من تشخيصات الأورام. المكتب يدعم أيضًا عضوية منظمة "مبرص" فى الكثير من مجموعات البحث التعاونية والصناديق المتحدة للتمويل بما فى ذلك "مجموعة أورام الغرب الجنوبى"، و"مجموعة أورام أمراض النساء"، و"صندوق التمويل المتحد لأبحاث الميلوما المتعددة"، و"التجارب التعاونية لأورام المخ"، و"شبكة تجارب العلاج المناعى للسرطان". برنامج أبحاث الأورام الإكلينيكى يتضمن الآن فى أى وقت معين أكثر من مائة تجربة إكلينيكية، ويساهم فيه سنويا أكثر من ١٠٠٠ من المرضى.

المبادرات لتحسين جودة الرعاية

توصيل رعاية شاملة، ذات كفاءة، وتتمحور على المريض، يعد مهمة جوهرية "لمركز تشارلز أ. سامونز للسرطان فى دالاس" وللبرامج الشقيقة له عبر كل منظمة " مبرص". من بين البرامج الرئيسية فى المركز لتحسين جودة الرعاية هناك:

(١) مركز للتقييم والعلاج المتخصص مجهز للاهتمام بحاجيات المريض الحساسة للوقت والإقلال من الضغوط على قسم الطوارئ.

(٢) "برنامج لرحلة المريض "لمساعدة المرضى خلال تعقدات رحلاتهم السرطانية.

(٣) الجهود لتحسين ثقافة ورعاية نهاية الحياة.

التوصيل بكفاءة لرعاية سرطان مستمرة ذات جودة

مركز تقييم وعلاج الأورام ونموذج مركز العلاج بالتنقيط فى الوريد

رعاية السرطان الشاملة والمتسقة ضرورية لتعزيز النتائج الإكلينيكية المواتية، ولكنها باهظة التكلفة بسبب ارتفاع تكلفة العلاج وتتطلب توفير ما يمكن تجنبه من استخدام الموارد. إجراء تدخلات فى أوضاع رعاية الطوارئ والرعاية العاجلة فيها طريق مهم لتخفيض ما يمكن تجنبه من حيث استخدام الرعاية الصحية وتحسين التوقيت والكفاءة فى الرعاية، وبهذه الأهداف فى الذهن تم الإدماج معًا بين "مركز تقييم وعلاج الأورام" هو ومركز "التنقيط فى الوريد" للعلاج ليصبحا "مركز بايلور تشارلز أ. ساموئز، للسرطان فى تكساس" بغرض توصيل الرعاية العاجلة والتنقيط العاجل بالمحاليل العلاجية طيلة ٢٤ ساعة يوميًا.

"مركز تقييم وعلاج الأورام " يقدم رعاية عاجلة بعد ساعات العمل الرسمية كما يقدم إجراءات برامج بمواعيد محددة للتشخيص والعلاج أثناء ساعات العمل الرسمية لمرضى الأورام الراشدين.[٦] إذا لزم الأمر يتم نقل المرضى من هذا المركز إلى قسم الطوارئ القريب فى "المركز الطبى لجامعة بايلور".

• "مركز العلاج بتنقيط المحاليل فى الوريد " مفتوح، لأربع وعشرين ساعة يوميًا، ولسبعة أيام أسبوعيًا ليوفر لمرضى الأورام التوصل إلى نقل محاليل

منتجات الدم، وكذلك التوصل إلى نقل محاليل الإرواء، والعلاج الكيميائى، والعلاج البيولوجى. يمكن توقى وقوع انقطاع فى رعاية السرطان بتعاطى محاليل التنقيط التى يحين ميعادها أثناء العطلة الأسبوعية والإجازات فى "مركز تنقيط المحاليل بالوريد".

لتدعيم رعاية المريض بكفاءة يستطيع الأطباء بهيئة العاملين فى "مركز تقييم وعلاج الأورام" التوصل إلى السجلات الإكلينيكية لكل من المرضى فى العيادة الخارجية وداخل المستشفى، أى السجلات التى تستخدم نظم تسجيل إلكترونية صحية مختلفة. يُستخدم الطب المبنى على الأدلة كمرشد لتوصيل رعاية راقية الجودة لدعم حالات السرطان. أكثر مشاكل المرضى الإكلينيكية انتشارًا مما يقيَّم ويعالَج فى المركز، تُستخدم فى أن يتم دوريًا اختبار قياسات الجودة المتعلقة بالموضوع والتى تُستقى من "خطوط الإرشاد لشبكة السرطان القومية الشاملة للرعاية الداعمة للسرطان ".(٧) تتم متابعة التمسك بقياسات جودة الرعاية المبنية على النتائج الإكلينيكية على فترات ربع سنوية ، وكذلك أيضًا متابعة نقاط قياس رضاء المريض حسب "نشرة جانى"، وفترة الزمن التى يقضيها المرضى فى "مركز تقييم وعلاج الأورام ". تركز قياسات الجدوى الاقتصادية على العائد المتولد، وكذلك على هيئة العاملين، وتكلفة الخدمات المساعدة المطلوبة لتقييم وعلاج المرضى.(٦)

أثناء الربع الأول من الإجراءات العملية، حدث بالنسبة إلى ٨٩ بالمائة من مرضى الأورام الذين عوينوا للرعاية العاجلة فى "المركز الطبى لجامعة بايلور"، أن أحيلوا بواسطة أطبائهم من أخصائيي الأورام إلى "مركز تقييم وعلاج الأورام" بدلا من إحالتهم إلى قسم الطوارئ. فى "المركز الطبى لجامعة بايلور". متوسط الزمن الذى يقضيه المريض فى مركز تقييم وعلاج الأمراض (٣ ساعات، ٥٤ دقيقة) يقل بنسبة ٤٦ فى المائة عما كان عليه فى قسم الطوارئ "بالمركز الطبى

لجامعة بايلور" (٧ساعات، ٣٨ دقيقة)، ومعدل الإذن بدخول المستشفى من "مركز تقييم وعلاج الأمراض" أصبح بنسبة ٣٦ فى المائة بالمقارنة بنسبة ٨٤ فى المائة بقسم الطوارئ "بالمركز الطبى لجامعة بايلور"، ويُعزى هذا الفارق إلى إتاحة الإكلينيكيين المتخصصين والمنشآت التخصصية فى "مركز تقييم وعلاج الأورام" بحيث يمكن تناول أمر معظم احتياجات المريض.

برنامج رحلة المريض

بينت دراسات الأبحاث أن الرعاية والمعاونة بالاتصال المباشر الواحد مع الآخر، عندما توفر للمرضى من خلال نظم رحلات المريض تكون مصحوبةِ بالتالى :

(١) انخفاض الوقت بين زمن أول عرض وإعطاء العلاج الواضح المحدد و

(٢) ازدياد التمسك بالعلاج، و

(٣) تقليل مدة الإقامة بالمستشفى و

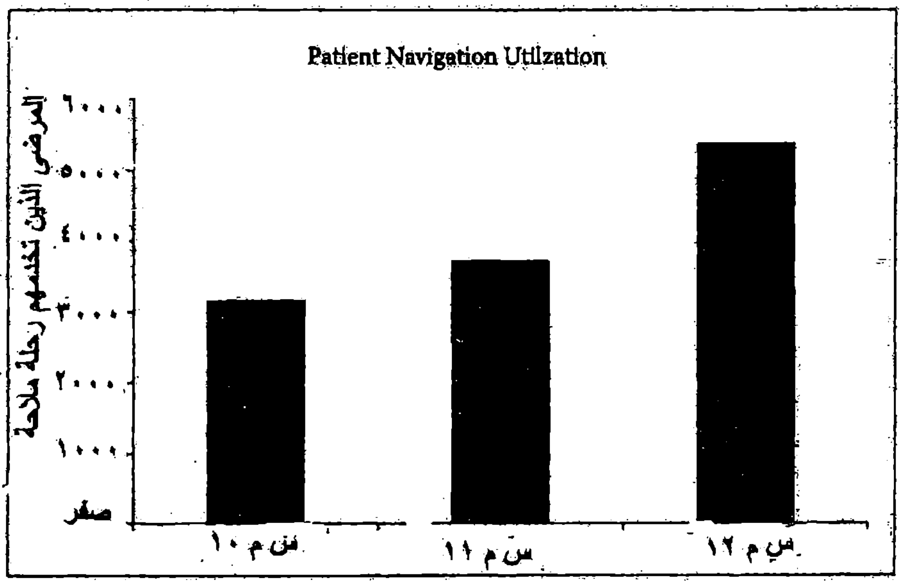
(٤) يقل عدد المشاكل المتعلقة بالسرطان.(٨)

"مركز بايلور تشارلز أ. سامونز للسرطان فى دالاس " أطلق برنامجًا لرحلة المريض فى ٢٠٠٨.

هيئة العاملين فى "برنامج رحلة المريض" بدالاس تتشكل من خمس من الممرضات المسجلات المدربات تدريبًا خاصًا ويعملن طول الوقت، ويوفر البرنامج مساعدة شخصانية لكل جانب من جوانب رعاية السرطان، بما يتراوح ابتداء من التشخيص إلى العلاج فالشفاء. تبدأ الممرضات المبحرات بالمريض بجمع السجلات اللازمة للمريض وغيرها من المعلومات. ثم يعملن بعدها مع طبيب المريض لتحديد أى الاختبارات والأخصائيين وفرق الدعم سيحتاجها

المريض لمعالجة أمر المرض، كما أنهن يساعدن فى ترتيب مواعيد هذه الزيارات و ملاّحة الرحلة تستطيع حتى أن تحضر زيارات الطبيب إذا طلب ذلك. بالإضافة إلى هذه الاحتياجات اللوجستية، تقدم الممرضات الملاحات التثقيف والدعم بحيث يفهم المرضى هم ومن يوفرون لهم الرعاية مرضهم وخطتهم الشخصانية للرعاية. بالنسبة للمرضى الذين تم تشخيصهم حديثًا توفر ملاحات المريض خدمة لا تقدر بثمن بالإقلال من الرهبة من عملية بها إجراءات مرعبة ومعقدة. ملاحات المريض يساعدن أيضًا المرضى الذين ربما قد استنفدوا الخيارات المعيارية للعلاج ويسعون وراء تجربة إكلينيكية لعلاج بحثى جديد. وهن يستطعن المساعدة فى العثور على تجربة ملائمة، وأن يحددن إذا كان المريض مؤهلاً لها، والتوصل إلى الإكلينيكيين الذين يجرون التجربة. المساعدة فى ملاحة رحلة السرطان تمتد لما يتجاوز جدران العيادة والمستشفى. تظل الممرضة الملاحة تتابع المرضى لمدة ثلاثة شهور، وستة شهور، وسنة كاملة بعد خروجهم من المستشفى.

حاليا فإن ما يقرب من ٣٠ فى المائة من مرضى "مركز تشارلز أ. سامونز بدالاس" تتم خدمتهم بملاّحات المرضى، وقد لاقى البرنامج مستويات عالية من رضا المرضى، الأمر الذى يمكن الاستدلال عليه من التغذية المرتدة المكتوبة والشفوية التى تصل إلى هيئة العاملين فى "مركز السرطان" وأعضاء "مجلس منظمة (مبرص)"، وكذلك من زيادة استخدام الملاحات بنسبة تقرب من ٦٠ فى المائة فيما بين ٢٠١٠ – ٢٠١٢ (شكل ١،٢٣). هدف البرنامج هو أن يكون هناك على الأقل ملاح واحد للمريض مكرس لكل موقع محدد للسرطان. على نطاق أوسع تعمل منظمة "مبرص" تجاه هدف نهائى هو أن يستطيع كل مريض تُشخص إصابته بالسرطان أن يتوصل إلى ملاح للمريض.



س م : سنة مالية

(شكل ٢٣،١)

تزايد استخدام برنامج رحلة المريض فى "مركز تشارلز أ. شامونز ف دالاس"

تحسين ثقافة ورعاية نهاية الحياة

أوصت "الجمعية الأمريكية لعلم الأورام الإكلينيكية " هى ومجموعات أخرى بأن تبدأ المناقشات حول رعاية تسكين الألم ورعاية نهاية الحياة فى وقت مبكر بعد تشخيص حالة المريض بأنها سرطان متقدم.(٩) وجدت دراسات عديدة أن هذه المناقشات بين الأطباء والمرضى تؤدى إلى تحسين النتائج عند المريض وعند موفرى الرعاية له. يتضمن ذلك تحسيناً فى الأعراض، وجودة نوعية الحياة، ورضاء المريض، والإقلال من العبء الواقع على موفرى الرعاية. كذلك فإن الاستخدام المبكر للعلاج المسكن يؤدى أيضًا إلى تحويلات أكثر ملاءمة لنزل

الإيواء ولاستخدامها، وفى هذا ما يقلل استخدام الرعاية المكثفة الباهظة التكلفة بلا جدوى. بناء على هذه النتائج، وكذلك أيضًا بناء على بحث مسح لخدمات المرضى الداخليين لأورام خلايا الدم فى "المركز الطبى لجامعة بايلور"، فقد نفَّذ "مركز تشارلز أ. سامونز للسرطان فى دالاس" مبادرات عديدة لتحسين تواتر وتوقيت مناقشات نهاية الحياة. يتضمن ذلك

(١) برنامجًا تثقيفيًا لتحسين مهارات الاتصال عند أخصائيى الأورام.

(٢) إضافة موفرى تسكين الألم إلى العيادة الخارجية.

(٣) زيادة مستشارى رعاية التسكين للمرضى المصابين بسرطان الخلايا غير الصغيرة بالرئة. بالإضافة لذلك تم افتتاح برنامج خدمات لنزل بأحد عشر سريرًا للمرضى الداخليين فى حرم المركز الطبى لجامعة بايلور فى مارس ٢٠١٣، لتوفير العلاج والدعم لمرضى السرطان وغيرهم من المرضى الذين لديهم احتياجات لرعاية نهاية الحياة.

حتى الآن يساهم تقريبًا ٣٠ من أخصائيى الأورام فى برنامج التثقيف لتحسين مهارات الاتصال. أقيمت حلقة عمل (ورشة) لست ساعات لتغطى قضايا التواصل بشأن السرطان ابتداء من التشخيص حتى نهاية الحياة، وتشمل هذه الحلقة:

(١) المهارات الأساسية للتواصل بما فى ذلك الإخبار بالأنباء السيئة.

(٢) تناول أمر معالجة التحولات تجاه الرعاية التسكينية عندما يكون ذلك ملائمًا.

(٣) التحدث عن خطط تقدم الرعاية والأوامر بألا يتم الإعادة للحياة.

(٤) مناقشة خيارات العلاج وإقرار المريض بتقبل العلاج، بعد تنوره بالمعلومات.

يخطط "مركز السرطان لإضافة ممرضة تدربت خصيصًا على الرعاية بالتسكين والتخطيط للرعاية المتقدمة، تضاف إلى هيئة العاملين بالعيادة الخارجية لتسهيل تثقيف نهاية الحياة، وإعطاء المشورة والرعاية بشأنه عند الضرورة.

أخيرًا، فإن "مركز السرطان" يعمل على زيادة النسبة المئوية من المرضى بسرطان الخلية غير الصغيرة للرئة الذين يتلقون استشارات الرعاية بالتسكين. وجود ثانويات سرطان الخلية غير الصغيرة للرئة هو السبب الرئيسى للموت من السرطان على نطاق العالم كله، ويكون نمطيًا مصحوبًا بعبء ثقيل من الأعراض وسوء نوعية الحياة. بينت الأبحاث أنه بين هذا النوع من المرضى بالسرطان، تؤدى الرعاية التسكينية المبكرة إلى تحسينات لها قدرها فى نوعية الحياة وكذلك فى مزاج المرضى. بالمقارنة بالمرضى الذين يتلقون العلاج المعيارى، فإن المرضى الذين يتلقون رعاية مبكرة بالتسكين تكون رعايتهم أقل عنفًا عند نهاية الحياة، وتتاح لهم مدة أطول فى البقاء أحياء.

الاعتماد وجمع البيانات المعايرة

الاعتماد وجمع بيانات المعايرة وسائل مهمة تستطيع بها منظمات الرعاية الصحية ومكوناتها من البرامج الإكلينيكية، تقييم أدائها وأن تبادر بالتحسينات للتأكد من أن رعاية المريض تفى بأعلى المعايير القومية أو تزيد عنها. مبادرات تحسين الجودة عبر "خط خدمة الأورام " تسترشد بالعديد من الاعتمادات القومية. مجالات التحسين تتعين أيضًا من خلال استخدام لوحات أجهزة قياس حالات الأورام التى تتابع القياسات الشهرية فى المجالات الأربعة لاهتمام منظمة "مبرص": الأفراد، والخدمة، والجودة، والماليات.

الاعتماد القومى

المنشآت المفردة فى "مركز سامونز للسرطان" تسهل الحفاظ على اعتمادات قومية عديدة تثبت عمليًا التزامها طوعًا بتوفير أجود رعايات السرطان الشاملة بما فى ذلك :

• لجنة كلية الجراحين الأمريكية للسرطان

html.whatis/coc/cancer/org.face .www//:http

• مؤسسة الاعتماد للعلاج الخلوى

http://www. fact website.org/

• البرنانج القومى لاعتماد مراكز الثدى

http://napbc-breast. org/

سجل السرطان

تحتفظ منظمة "مبرص" بسجل للسرطان يماثل ما لدى المراكـــز الرئيـــسية الأخرى للسرطان عبر البلاد. ظل هذا السجل مستمرًا فى التنفيذ منذ ينـــاير ١٩٦٠ وهو ضرورى للرعاية الفعالة للمريض، والتثقيف، والأبحاث فى منظمة "مبرص". الواجبات الأساسية للتسجيل تتضمن تلخيص بيانات السرطان (بما فى ذلك الموقع، وتركيب الأنسجة "الهستولوجى"، والطور "المرحلة"، والعلاج) وذلك بالنسبة لكـل أنواع السرطان القابلة للتسجيل، ويوفر السجل كتابة تقارير عن المرضـــى طـــول حياتهم. للاستيثاق من جودة البيانات يعمل كل سجل للسرطان مع هيئـــة العـــاملين الطبية لاستكمال مراجعة الجودة لأكثر من ١٠ فى المائة من الملخصات الـــسنوية. يجرى شهريًا استقصاء حالات فى الأقسام الداخلية والعيادة الخارجية.

تستخدم بيانات سجل السرطان لقياس التوافـــق مـــع الخطـــوط الإرشـــادية للممارسة الإكلينيكية المؤسسة على الأدلة والتى صدقت عليهـــا "لجنـــة الـــسرطان للكلية الأمريكية للجراحين"، و"البرنامج القومى لاعتماد مراكز الثدى". هذه البيانات تمكّن أيضًا هيئة العاملين الطبية فى منظمة "مبرص" من تقييم جودة الرعاية التـــى يتم توصيلها للمرضى، ومن تعيين مجالات التحسين. بيانات تسجيل السرطان تقدم تقاريرها إلى "سجل سرطان تكساس" (كما هو مطلوب) وإلـــى "قاعـــدة البيانـــات القومية للسرطان".

بالإضافة إلى التمسك بمعايير هيئات الاعتماد القومية، تتم متابعة وتقييم جودة رعاية السرطان عن طريق لوحات أجهزة قياس شهرية لحالات الأورام. لوحات الأجهزة هذه تسجل القياسات العامة للمستشفى، مثل معدل حالات العدوى.

جدول ٢،٢٣ مثل للأهداف التى حددت خطوطها الخارجية

فى نظام بايلور للرعاية الصحية،

الخطة الإستراتيجية للأورام للسنوات المالية ٢٠١٣ – ٢٠١٥

العمود الرئيسى لرعاية المريض	الهدف
أفراد الناس	زيادة بنسبة ١٠% فى عدد الممرضات ممن لديهن شهادة الأورام
الجودة	إنشاء وتنفيذ بيانات الأوامر الطبية فى منظمة "مبرص" لإدخال حالات الأورام للعلاج الكيميائى.
الخدمة	معايرة برنامج رحلة المريض الخارجى الجوهرية فى كل مركز للسرطان.
الماليات	زيادة هامش إسهام الأورام بنسبة ٣%.

ومتوسط مخاطر الوفاة، وكذلك القياسات الخاصة بممارسة حالات الأورام: معدل الوفيات بالأورام، وتوقيت أول جرعة من المضاد الحيوى تعطى لحالات نقص عدد خلايا الدم البيضاء المتعادلة، ونسبة الممرضات الحاصلات على "شهادة للأورام"، وعدد زيادات القائمين بالملاحة للمرضى، ومدى تراكم التجارب الإكلينيكية عند المريض. هناك أيضًا إنتاج للوحات أجهزة قياس إضافية تتعلق بوجه خاص بزراعات نخاع العظام وتصوير الثدى، كل قياسات لوحات الأجهزة تنتظم فى صف متسق مع المجالات الأربع لاهتمام منظمة "مبرص" – الأفراد،

والخدمة، والجودة، والماليات – وتُستخدم للمساعدة فى تحديد المجالات والأهداف للتحسين الإستراتيجى للجودة. هناك أمثلة للأهداف رسمت خطوطها الخارجية فى خطة منظمة "مبرص" الاستراتيجية للأورام للسنين المالية ٢٠١٣-٢٠١٥ ووضعت قائمتها فى جدول ٢،٢٣.

الدروس المستفادة

الهدف الرئيسى لمركز سرطان بايلور تشارلز أ. سامونز فى دالاس" منذ إنشائه هو تسهيل التفاعل بين أفرعه المعرفية المتعددة من الأخصائيين فى المجالات المختلفة حتى يوفروا أقصى رعاية فعالة للمرضى، تُصمَّم لجنة من بنية بدرجتين لدعم هذه الرؤية وتُعد هذه اللجنة جزءًا متكاملاً من إنشاء وتنامى المركز إلى أكبر وحدة فى "خط خدمة الأورام فى منظمة (مبرص)".

الانطلاق بإنشاء "شبكة مركز سرطان تشارلز أ. سامونز" لم يقتصر على امتداد توصيل رعاية السرطان بجودة عالية إلى المرضى عبر كل شمال تكساس، وإنما وفر أيضًا فرصًا جديدة للتعلم، والتعاون، والابتكار بين الباحثين فى حالات الأورام، هم والإكلينيكيين وغيرهم من مقدمى الرعاية عبر كل نظام الرعاية الصحية من أجل تحسين جودة رعاية السرطان. تم عبر ما يقرب من أربعة عقود من السنين الاستفادة من دروس أول "مركز سرطان لتشارلز أ. سامونز فى دالاس" وساعد ذلك فى إرشاد عملية الامتداد لشبكة من المراكز نجد أن هيئة العاملين فيها، ومواردها، وخبراتها تتحمل عبء تقديم فرص إضافية للنمو والتحسين. يوجد على نطاق النظام كله بنية تحتية طبية وإدارية للأورام تلعب دورًا مهمًا فى تسهيل المشاركة فى الموارد وأفضل الممارسات، والتوصل للاعتمادات القومية، ووضع أهداف إستراتيجية تنتظم فى صف متسق مع هدف منظمة "مبرص" بتوصيل الرعاية بطريق "**ستيب**".

الاستنتـــاج

طريقة المقاربة الشاملة والمتكاملة لرعاية السرطان التى يتخـذها "مركـز سرطان بايلور تشارلز أ. سامونز فى دالاس" هى والبرامج الشقيقة لها عبر منظمة "مبرص" كلها تكافح لتوفير الرعاية بطريقة **ستيب**. يجرى حاليًا تكريس" خط خدمة للأورام " يكرس لرعاية السرطان، وتثقيف السرطان وأبحاثه وتجاربه الإكلينيكية، وقد أمكن إجراء هذا التكريس بواسطة وجود بنية تحتية إكلينيكية وإداريـة تتبنـى أسلوب تعاون لأفرع معرفية متعددة، والالتزام على نطاق النظام كله بقياس الجودة وتحسينها، ورؤية مشتركة لتوفير العـون، والأمـل، والـشفاء لكـل المرضـى هم وأحبائهم.

المراجــع

1. American Cancer Society. 2013. Cancer facts & figures 2013. Online at: http://www.cancer.org/research/cancerfactsfigures/cancerfactsfigures/cancer-facts-figures 2013 (accessed May 15, 2013).
2. The National Cancer Act. P.L. 92–218. 92nd Congress, 1971.
3. Stone, M. J., B. E. Aronoff, W. P. Evans, J. W. Fay, Z. H. Lieberman, C. M. Matthews, G. J. Race, R. P. Scruggs, and C. A. Stringer, Jr. 2003. History of the Baylor Charles A. Sammons Cancer Center. *Proceedings (Baylor University Medical Center)* 16 (1): 30–58.
4. American College of Surgeons. Cancer programs. Online at: http://www.facs.org/cancer/ (accessed May 15, 2013).
5. Winter, F. D., Jr. 2004. Group practice at Baylor University Medical Center. *Proceedings (Baylor University Medical Center)* 17 (1): 64–72.
6. Coyle, Y. M., A. M. Miller, and R. S. Paulson. 2013. Model for the cost-efficient delivery of continuous quality cancer care: A hospital and private-practice collaboration. *Proceedings (Baylor University Medical Center)* 26 (2): 95–99.
7. National Comprehensive Cancer Network. *Clinical practice guidelines in oncology.* Online at: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp (accessed May 15, 2013).
8. Fillion, L., M. de Serres, S. Cook, R. L. Goupil, I. Bairati, and R. Doll. 2009. Professional patient navigation in head and neck cancer. *Seminars in Oncology Nursing* 25 (3): 212–221.
9. Smith, T. J., S. Temin, E. R. Alesi, A. P. Abernethy, T. A. Balboni, E. M. Basch, B. R. Ferrell, et al. 2012. American Society of Clinical Oncology provisional clinical opinion: The integration of palliative care into standard oncology care. *Journal of Clinical Oncology* 30 (8): 880–887.
10. Temel, J. S., J. A. Greer, A. Muzikansky, E. R. Gallagher, S. Admane, V. A. Jackson, C. M. Dahlin, et al. 2010. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *New England Journal of Medicine* 363 (8): 733–742.

الفصل الرابع والعشرون

الخدمات الجراحية

إرنست و. فرانكلين، IV

مقـــدمة

تطورت الرعاية الجراحية عبر القرن الماضى إلى ممارسة فيهـــا معـــايرة أكثر وتتأسس على الأدلة، ولها العديد من المنظمات القومية والدولية، مثل خدمات "مراكز الرعاية الطبية **Medicare**"، ومراكز "خدمات المعاونة الطبية **Medicaid**"، و"اللجنة المشتركة"، و"منظمة الصحة العالمية "، و"البرنامج القومى لتحسين جـــودة الجراحة "، وكلها توفر الخطوط الإرشادية لتحسين جـــودة الجراحـــة. مبـــادرات الجودة الصحية فى منظمة "مبرص" تنتظم فى صف متسق مع تنفيـــذ المبـــادرات القومية والدولية، إلا أن هناك أيضًا العديد من مبادرات التحسين الداخلية قد نـــشأت لحفز الجودة عبر كل "الخدمات الجراحية".

مشروع تحسين رعاية الجراحة

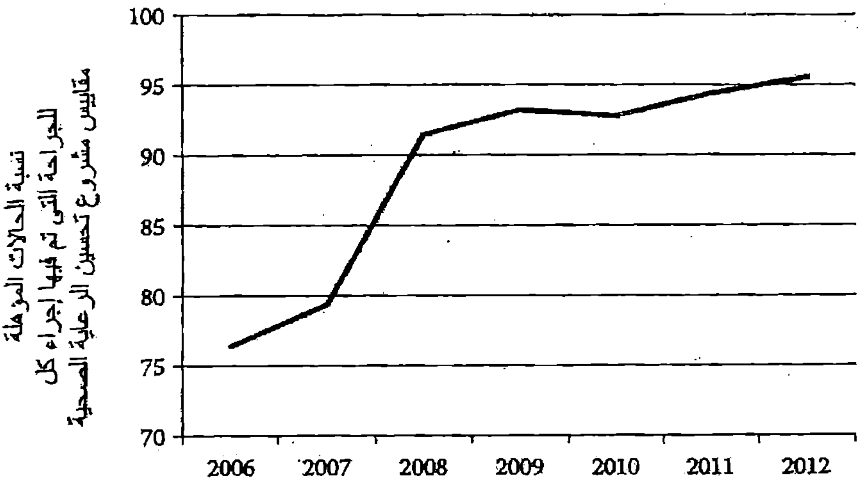
القياسات الجوهرية "لمراكز خدمات الرعاية الطبيـــة وخـــدمات المعاونـــة الطبية" التى تنشر علنًا توفر إحدى الوسائل لمقارنة جودة الرعايـــة التـــى تقـــدمها المستشفيات، كما تقاس حسب اتباعها للتوصيات المبنية على الأدلـــة وذلـــك فيمـــا يتعلق بأربع أولويات من الحالات /ومجالات الرعاية.[١] منذ ٢٠٠٣، تتضمن هـــذه "القياسات الجوهرية" مجموعة قياس من أجل "توقى العدوى فـــى الجراحـــة". فـــى ٢٠٠٦، نُقلت مجموعة القياس هذه إلى قياسات "مشروع تحسين رعاية الجراحة.[٢]

(جدول ٢٤، ١)

المقاييس الجوهرية فى مشروع تحسين رعاية الجراحة، ٢٠١٣

المقياس	عملية إجراء الرعاية
– المقياس الجوهرى لمشروع تحسين رعاية الجراحة /توقى عدوى الجراحة– Inf-1a (*)	مضاد حيوى خلال ساعة واحدة من الشق الجراحى.
– المقياس الجوهرى لمشروع رعاية الجراحة/ توقى عدوى الجراحة - Inf-2a	اختيار المضاد الحيوى
– المقياس الجوهرى لمشروع رعاية الجراحة/ توقى عدوى الجراحة - Inf-3a	إيقاف المضاد الحيوى خلال ٢٤ ساعة
– المقياس الجوهرى لمشروع رعاية الجراحة - Inf-4a	مستوى الجلوكوز فى السيرم فى مرضى القلب ٦ صباحًا بعد العملية.
– المقياس الجوهرى لمشروع تحسين رعاية الجراحة – Inf-6	الإزالة الملائمة للشعر
– المقياس الجوهرى لمشروع تحسين رعاية الجراحة – Inf-9	إزالة قسطرة البول بعد العملية بيوم واحد أو يومين.
– المقياس الجوهرى لمشروع تحسين رعاية الجراحة – Inf-10	مرضى الجراحة الذين يتم تناول أمر حرارتهم حول زمن العملية.
– المقياس الجوهرى لمشروع تحسين رعاية الجراحة – قلب–٢	دواء إحباط أو إحصار مفعول بيتا قبل الدخول وحول زمن العملية.
– المقياس الجوهرى لمشروع تحسين رعاية الجرلحة -VTE-1(**)	إعطاء تعليمات بتوقى انسداد أوردة الدم بالجلطة.
المقياس الجوهرى لمشروع تحسين رعاية الجراحة – VTE-2	توقيت توقى انسداد أوردة الدم بالجلطة.

(*) Inf-1a اختصار للعدوى – ١(أ) . (المترجم)
(**) VTE ، اختصار انسداد الأوردة بالجلطة أو التخثر. (المترجم)



(شكل ٢٤،١)

أداء منظومة الرعاية الصحية لبايلور فى مشروع تحسين رعاية الجراحة بطريقة "حزمة كل شئ أو لاشئ"

مشروع تحسين رعاية الجراحة هو مشاركة قومية فى الجودة للمنظمات التى تهتم بالإقلال إلى حد له مغزاه من المضاعفات الجراحية، كما أوصت به هيئات خبرة تكنيكية لديها الخبراء والموارد لضمان الدعم الكامل لمقاييس مشروع تحسين رعاية الجراحة بواسطة أبحاث مبنية على الأدلة.(٢) المقاييس الحالية لمشروع تحسين رعاية الجراحة معروضة فى جدول ٢٤،١.

أداء منظمة "مبرص" فى "مشروع تحسين رعاية الجراحة من ٢٠٠٦ حتى ٢٠١٢ "بحزمة " من كل شئ أو لاشئ" (بمعنى النسبة المئوية للحالات الجراحية المؤهلة التى تم فيها إجراء وتوثيق كل قياسات مشروع تحسين رعاية الجراحة) هذا الأداء معروض فى شكل (٢٤،١).

منظمة الصحة العالمية

الجراحة الآمنة فيها أمان وإنقاذ لمبادرات الحياة

أطلقت منظمة الصحة العالمية مبادرة "الجراحة الآمنة فيها أمان وإنقاذ لمبادرات الحياة"، وكان ذلك فى يناير ٢٠٠٧ بغرض الإقلال من التغاير فى رعاية الجراحة.[٣] قامت منظمة "مبرص" ببحث إرشادى على قائمة مراجعة "الجراحة الآمنة فيها أمان وإنقاذ لمبادرات الحياة" فى ثمانية مستشفيات، وعلى عينة من ٣٧٣٣ من الحالات الجراحية، وأثبتت عمليًا أن هذه القائمة للمراجعة قد قللت المضاعفات لدى المرضى الداخليين من ١١ فى المائة إلى ٧ فى المائة بمغزى إحصائى من ($p = 0.003$) وقللت معدلات الوفاة من ١,٥ فى المائة إلى ٠،٨ فى المائة ($p< 0.001$). كنتيجة لذلك اتخذت منظمة "مبرص" قرارًا فى ٢٠٠٩ بأن تنفذ كليًا قائمة مراجعة "منظمة الصحة العالمية".

قائمة مراجعة "الجراحة الآمنة فيها أمان وإنقاذ لمبادرات الحياة" تستهدف قضايا أمان مهمة، بما فى ذلك فعالية عمل الفريق الجراحى وفعالية الاتصال، وأمان ممارسات التخدير، وتوقى حالات عدوى الجراحة. يتطلب استخدام قائمة المراجعة أن يثابر أعضاء الفريق على متابعة الخطوط الحاسمة للإقلال من المخاطر بالنسبة للمرضى. الاستخدام الفعال للقائمة يتطلب إسهام ودعم الجراحين والقائمين بالتخدير، وكذلك أن يكون هناك فهم بأن من المتوقع من كل أعضاء الفريق أن يعلنوا رأيهم إذا رأوا أن عمليات الإجراءات لا يتم اتباعها.

قائمة مراجعة منظمة "مبرص" لمبادرة "الجراحة الآمنة فيها أمن وإنقاذ لمبادرات الحياة"، معروضة فى جدول ٢،٢٤.

البرنامج القومى لتحسين جودة الجراحة

منظمة "مبرص" عضو فى برنامج تحسين جودة الجراحة، للكلية الأمريكية للجراحين"، وهو برنامج مستقى من البيانات ومعدل حسب المخاطر ومبنى على

النتائج. نشأ البرنامج فى "الإدارة الصحية لقدماء المحاربين" ونُفذت عملياته منذ ١٩٩١؛ التنفيذ فى القطاع الخاص بدأ فى ٢٠٠١.(٤)

"البرنامج القومى لتحسين جودة الجراحة "يحلل حالات الجراحة العامة وجراحة الأوعية الدموية، وكذلك الحالات من ثمانية تخصصات فرعية (أمراض النساء، والأمراض العصبية، وأمراض العظام، وأمراض الأنف والأذن والحنجرة، وجراحات التجميل أو التقويم، وجراحة القلب، والصدر، والجهاز البولى). المستشفيات الخاضعة للبرنامج توفر بيانات (يستخلصها مراجع إكلينيكى مخصص) عن ١٣٥ من المتغايرات قبل العملية وأثناءها وبعدها، لتقدم إلى البرنامج لتحليلها. يعاد تقرير البيانات إلى المستشفيات، التى تتصرف بعدها حسب بياناتها (فتصمم وتنفذ مبادرات تحسين الجودة)، وتستخدم البيانات لمتابعة نجاح المبادرات.

تقيّم النتائج كلها بعد ثلاثين يومًا من الجراحة المؤشرة، ويبنى "البرنامج القومى لتحسين جودة الجراحة " النتائج المعدلة المتوقعة من مزيج من الحالات للمقارنة مع ما يلاحظ من النتائج بحيث تستطيع المستشفيات أن ترى كيف يكون أداؤها بالنسبة لأداء المستشفيات الأخرى المساهمة.(٤)

الاشتراك فى هذا البرنامج يسهل تقييم ومتابعة "مبادرات تحسين جودة الجراحة" فى مستشفيات منظمة "ميرص"، ويسهل نشر المبادرات الناجحة عبر المنظمة كلها.

(جدول ٢، ٢٤)

لقائمة مراجعة منظمة الرعاية الصحية لبايلور حسب مبادرة الجراحة الآمنة فيها أمان وإنقاذ للحياة

"وضع توقيعات الدخول" (قبل بدء التخدير)

☐ المريض /المعين للمهمة قد تأكد من : تحديد الهوية، الموقع، عملية الإجراء، موافقة المريض.

☐ وضع علامة للموقع / لا يمكن التطبيق.

☐ إكمال مراجعة أمان التخدير.

☐ "انتهاء وقت" التخدير.

حساسية معروفة ؟

☐ نعم ☐ لا

صعوبة منفذ الهواء / مخاطر الشفط ؟

☐ لا ☐ نعم، والمعدات / والمعاونة متاحة

فصيلة الدم وتوافقها تم إجراؤها ؟

☐ نعم ☐ لا

☐ الاهتمام بدراسة الحاجة إلى أدوية إحباط أو إحصار مفعول بيتا

"انتهاء الوقت" / فترة توقف (قبل شق الجلد)

☐ التأكد من أن كل أفراد الفريق قد تم تقديمهم بالاسم وحسب دورهم ويساهمون إيجابيًا بإعطاء التعليمات النهائية.

☐ تنظيم الوضع

☐ أنسجة الزرع / معدات خاصة / إمدادات

☐ استخدام آلات

☐ التأكيد على التعقيم ؟ (بما في ذلك النتائج المؤشرة)

☐ "انتهاء الوقت " – الفريق الجراحي يؤكد شفويًا المريض الصحيح، والإجراء، والوضع، والجانب والموقع؛ وضع علامة لموقع الجراحة تكون مرئية بعد إعداد المريض وتغطيته؛ وجود إستمارة بموافقة للمريض دقيقة في صحتها؛ في الوقت كذا..........

☐ "انتهاء الوقت " بالنسبة للطبيب الجديد أو الإجراء الجديد في الوقت كذا..........

☐ مراجعات الجراح : الخطوات الحرجة أو غير المتوقعة، مدة إجراء العملية، توقع خطر فقدان دم أكثر من ٥٠٠ سم٣ (٧ مللى/كجم فى الأطفال)، الحاجة إلى تعاطى المضادات الحيوية أو السوائل للإرواء.

مضادات حيوية للوقاية تعطى خلال آخر ٦٠ دقيقة ؟ (١٢٠ دقيقة فى حالة الفانكوميسين والفلوروكينولين).

☐ نعم...............عن طريق الوريد (أو تعاطى دواء) عند الوقت كذا......

☐ غير قابل للتطبيق

هل التصوير الضرورى قد وضعت له علامة وتم عرضه ؟

☐ نعم ☐ غير قابل للتطبيق

"وضع توقيعات الخروج " (قبل أن يغادر المريض حجرة العمليات)

الممرضة المسجّلة تؤكد على الفريق :

☐ اسم الإجراء الذى تم وتصنيف الجرح

☐ اكتمال حصر عدد الأدوات، وشاش الامتصاص (الإسفنج) والإبر (أو غير قابل للتطبيق)

☐ كل العينات قد وضعت لها بطاقات عنونة ملائمة وتم إرسالها (بما فيها اسم المريض).

☐ هل هناك أى أجهزة أو مشاكل أخرى للاهتمام بها.

المريض.

توقيع الممرضة المسجّلة.............. التاريخ............ الوقت.......

حوكمة الخدمات الجراحية

يقود جهود تحسين الجودة عبر كل منظمة "مبرص" باتساع النظام كله "مجلس جراحين" و "مجلس لغرفة العمليات". يعمل هذان المجلسان معًا لحفز معايرة الإجراءات والمنتجات الجراحية، والاحتفاظ بالأفراد المسئولين عن القياسات، والمشاركة عبر المنظمة فى أفضل الممارسات الجراحية.

مجلس الجراحين

يتكون مجلس الجراحين من أعضاء جراحين ومختصى تخدير ويعهد إليه بمهمة توفير النصيحة والإرشاد، وإثارة القضايا، ودعم مديرى غرف العمليات فى صنع التغيرات (للتأكد على دعم الجراح على مستوى المنشأة فى اتخاذ القرارات الخلافية)، والتأثير فى الأطباء الزملاء الذين يكون مقر عملهم فى غرفة العمليات، من أجل تحسين الممارسات أو معايرتها. حتى يمكن القيام بهذا العمل يقوم المجلس بالتالى:

- مراجعة بيانات النتائج الإكلينيكية على أساس برنامج محدد ومساعدة الموظف الطبى الرئيسى بالمستشفى / نائب الرئيس للشئون الطبية فى معالجة الأداء السيء فى الجودة، وإعادة الإذن بالدخول، وقياسات معدل المضاعفات مع المقيمين بعيدًا عن الجراحين وأخصائيى التخدير؛
- مراجعة بيانات الأداء العملياتى فى غرفة عمليات مستشفاهم، وقيادة / أو التأثير فى النقاش مع الأطباء حول الأداء الفردى؛ و

- دعم "مجلس غرفة العمليات فى اختيار المنتَج الجراحى، ومقارنات المنتج، والاتصالات عن النتائج، ووضع سياسات الإنتاج موضع التنفيذ؛ و
- مراجعة قياسات معدلات الوفاة وغيرها من قياسات أمان المريض؛ و
- اقتراح وتنفيذ أنشطة التحسين على مستوى المنظومة والمستشفى، بناء على قائمة برنامج المراجعات المذكورة عاليه.

"مجلس غرفة العمليات"

مجلس غرفة العمليات مسئول عن :

- دفع التغيرات العملياتية لتحسين الكفاءة فى غرف عمليات منظمة "مبرص"؛ و
- تدريب الجيل التالى من ممرضات غرفة العمليات بالعمل على جذبهن، والإبقاء عليهن، وتنمية قيادات للتمريض الجراحى؛ و
- إجراء معايرة للممارسات والسياسات عبر كل منظمة "مبرص" لتوفير بيئة جراحية متسقة وجودتها عالية؛ و
- تحسين ممارسة التمريض فيما يحيط العمليات بتنفيذ الخطوط الإرشادية التى أنشأتها "جمعية ممرضات غرفة العمليات"، و"الجمعية الأمريكية للممرضات فيما يحيط بالتخدير".

"مجلس غرفة العمليات" له أيضًا مسئوليات إشرافية تتداخل إلى حد له قدره مع إجراءات "مجلس الجراحين"، فيراجع مقاييس الأداء نفسها، ويشارك فى المناقشات مع الأفراد سيئى الأداء حتى يجعل ممارساتهم تصطف فى خط متسق معًا مع معايير وإجراءات الجودة، ويدعم "مجلس الجراحين" فى اختيار المنتج الجراحى ووضع سياسات الإنتاج موضع التنفيذ، واقتراح وتنفيذ مبادرات التحسين.

معايرة الإجراءات العملية للجراحة وجهود التحسين تؤدى تقليديًا إلى فرض التحديات بسبب نموذج تشكيل هيئة العاملين من الجراحين وأخصائيى التخدير. الجراحون الذين يجرون جراحات للمرضى الداخليين فى منظمة "مبرص" ربما يجرون عمليات جراحية لمرضى العيادات الخارجية فى أماكن أخرى، وكثيرًا ما يتنقل أخصائيو التخدير بين مواقع الجراحة. التغلب على هذه التحديات للمعايرة يشكل مجالاً خاصًا لتركيز اهتمام "مجالس الجراحين " و "مجالس غرفة العمليات". نفذت منظمة "مبرص" إستراتيجيات تتضمن اختيار خوارزم معيارى لما قبل الإذن بالدخول، لتحسين الكفاءة والفاعلية، وكذلك للحصول على موافقة معايرة على إجراء العملية (باستخدام إستمارات موافقة دينامية باتساع النظام كله، متاحة باللغة الإنجليزية والأسبانية معًا)، واستخدام بيانات معايرة للأوامر الطبية لإدخال الحالات.

دعم سلوك القيادة الجراحية أثناء تشكيل الفريق

تحسين أداء الفريق فى غرفة العمليات يمكن أن يحسن أمان وجودة الجراحة، وتلعب قيادة الجراح دورًا مهمًا فى توطيد أداء الفريق فى غرفة العمليات.(٥-٧) "مكتب منظمة (مبرص) لأمان المريض" أجرى مؤخرًا فحصًا لسلوك قيادة الجراح عن طريق ملاحظات الإجراءات الجراحية ومقابلات غير منتظمة مع الجراجين وأفراد هيئة العاملين فى غرفة العمليات، وذلك من أجل تحديد مجموعة من أوجه السلوك المثالية للجراح. حُددت أربعة أوجه من هذا السلوك هى مشاركة أفراد الفريق، وتقديم المريض، وإقامة بؤرة اهتمام بالأمان، وتمكين أعضاء الفريق. تم إجراء بحث مسح على الجراحين وأفراد هيئة العاملين

بالعمليات بشأن أهمية أوجه السلوك هذه واتساق أدائها، وتبين وجود اتفاق حول أهميتها (٩٦ – ٩٩% من الجراحين و ٩٢ – ١٠٠% من أفراد هيئة العاملين في غرفة العمليات وضعوا مرتبة كل وجه سلوك منها على أنه مهم جدًا أو مهم نوعًا)، إلا أن أفراد هيئة العاملين بغرفة العمليات كانت نسبتهم فيما يرجح بنسبة النصف من الجراحين (٢١ مقابل ٤٤%؛ $p < 0.001$) عند تسجيل أن هذه الأوجه من السلوك تتم تأديتها باتساق (٨ – ١٠ أمثال في الحالات العشرة الأخيرة). تعمل منظمة "مبرص" على نشر توزيع هذه النتائج لدعم استخدام الأوجه الأربعة المثالية للقيادة بين الجراحين. منظمة "مبرص" حتى تزيد من دعم أسلوب عمل الفريق تعين، بقدر الإمكان، أعضاء في الفريق الجراحي بناء على طلبات الأطباء أثناء كل الفترة التي يكون فيها الجراح في غرفة العمليات في يوم معين.

الدروس المستفادة

أول درس تعلمته منظمة "مبرص" في جهودها لتحسين الجودة في كل "الخدمات الجراحية" هو أهمية القيادة المناسبة. القادة الفعالون يكونون متفتحين للتغير كما يدركون أيضًا الحاجة إلى التغير. قيادة الطبيب هي أيضًا جزء متكامل في تحسين جودة الخدمات الجراحية. يحتاج الأمر في بيئة غرفة العمليات إلى أن يكون قادة الأطباء مناصرين لإنشاء المقاييس والأهداف، ويحتاج الأمر إلى المناقشات بين كل طبيب والآخر لخلق ثقافة تتبنى تحسين الجودة، وكذلك للدفع لاتخاذ التغييرات في الممارسة.

الدرس الثاني المستفاد هو أن الدعم القوي لتكنولوجيا المعلومات أداة قيمة في تحسين الجودة في "الخدمات الجراحية " لأن القياسات اليومية وسيلة فعالة للدفع إلى التحسين في هذا السياق بالذات.

الاستنتـــاج

تستخدم منظمة "مبرص" إستراتيجيات عديدة لتحـــسين واســـتدامة الرعايـــة الجراحية الراقية فى جودتها، بما فى ذلك التمسك بمقاييس "مشروع تحسين الرعاية الجراحية"؛ واستخدام قائمة مراجعة مبادرة "الجراحة الآمنة تؤدى إلى أمان وإنقـــاذ الحياة "؛ والمساهمة فى "البرنامج القومى لتحسين جودة الجراحة"؛ وأن يوجد علـــى نطاق المنظومة كلها "مجالس للجراحين" و"مجالس لغرفة العمليات" يُعهد لها بمهمة دفع معايرة الإجراءات الجراحية وتنفيذ مبادرات التحسين؛ وأن توجد جهود علـــى مستوى المنظومة لتحديد ودعم أوجه سلوك قيادة الجراح لتبنى أسلوب عمل الفريق فى غرفة العمليات. تلتزم منظمة "مبرص" بتوفير رعاية جراحية منسقة، ومسئولة، وعالية الجودة.

المراجــع

1. The Joint Commission. Core Measure sets. Online at: http://www.jointcommission.org/core_measure_sets.aspx (accessed January 30, 2013).
2. The Joint Commission. 2012. Surgical Care Improvement Project. August 15. Online at: http://www.jointcommission.org/surgical_care_improvement_project/ (accessed April 16, 2013).
3. Haynes, A. B., T. G. Weiser, W. R. Berry, S. R. Lipsitz, A. H. Breizat, E. P. Dellinger, T. Herbosa, et al. 2009. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *New England Journal of Medicine* 360 (5): 491–499.
4. American College of Surgeons. National Surgical Quality Improvement Program (ACS NSQIP®). Online at: http://site.acsnsqip.org/ (accessed April 16, 2013).
5. Healy, G. B., J. Barker, and G. Madonna. 2006. Error reduction through team leadership: The surgeon as a leader. *Bulletin of the American College of Surgeons* 91 (11): 26–29.
6. Greenberg, C. C., S. E. Regenbogen, S. R. Lipsitz, R. Diaz-Flores, and A. A. Gawande,. 2008. The frequency and significance of discrepancies in the surgical count. *Annals of Surgery* 248 (2): 337–341.
7. Mazzocco, K., D. B. Petitti, K. T. Fong, D. Bonacum, J. Brookey, S. Graham, R. E. Lasky, J. B. Sexton, and E. J. Thomas. 2009. Surgical team behaviors and patient outcomes. *The American Journal of Surgery* 197 (5): 678–685.

الفصل الخامس والعشرون

خدمات حالات العظام

فابيان إ. بولو، وجاى د. مابرى،

وآلان جونز، وجيرى ج. جاريسون

مقـــدمة

اعتلال وأمراض الجهاز العضلى – الهيكلى تشكل السبب الرئيسى للعجـز الجسدى فى الولايات المتحدة وهى مسئولة عن أكثر من نصف الحالات المزمنـة فى الأفراد الذين يزيد سنهم عن الخمسين فى البلاد المتقدمة.(١) "خط خدمة حالات العظام" فى منظمة "مبرص" مخصص لرعاية ما لا حـصر لـه مـن الإصـابات والأمراض التى يمكن أن تصيب ما فى الجسد من عظـام، ومفاصـل، وأربطـة، وأوتار، وعضلات، وأعصاب. تشمل هذه الخدمة أقسام العظام فـى أحـد عـشر مستشفى مناطقيًا وكـذلك "مستـشفى بـايلور للعظـام والعمـود الفقـرى فـى أرلنجتون بتكساس.

بنية وحوكمة خط الخدمة

"خط خدمة حالات العظام" يجمع بين الرعاية الإكلينيكية، والأبحاث، وتثقيف المريض وذلك للتشخيص، والعلاج، وتوفير المتابعة لحالات العظام تتـراوح بـين التهاب المفاصل وكسور العظام وتصل إلى إصابات الرياضة والعمـود الفقـرى. يعتمد العلاج على التشخيص، ويتغاير بين خيارات تحفظية غير جراحيـة، حتـى الجراحات ذات التكنولوجيا العالية مع أدنى حد من التدخل الجراحى فى الجسد، أو

إحلال المفصل إحلالاً شاملاً. هناك فرق رعاية تتعدد فيها الفروع المعرفية فى كل منشأة لمنظمة "مبرص" وتشمل هذه الفرق خبراء فى الطب الرياضى، والرضخ، والتأهيل، وإحلال المفصل بالكامل، ولها القدرة على تقدير احتياجات المريض وأن تعمل مع المرضى لتحديد السياق الملائم للعلاج.

تم فى ٢٠١٢ إنشاء "مجلس ممارسة حالات العظام" على نطاق المنظومة كلها، وذلك للمساعدة على معايرة أفضل الممارسات المبنية على الأدلة، ووضع أهداف تحسين الجودة وخطط الفعل لخط الخدمة. يرأس المجلس ثلاثة رئاسات متشاركة، مشرف تنفيذى، ونصير من الأطباء، كما يتضمن المجلس ممثلاً من قسم العظام فى كل منشأة من منشآت منظمة "مبرص". يجتمع المجلس شهريًا، ويعهد له بمهمة إنشاء مسارات معايرة للرعاية بحيث يتلقى المريض علاجًا متماثلاً عبر كل المنشآت، مع تعيين الفرص للتثقيف المستمر للأطباء والجراحين، وإستراتيجيات الحشد الفعال للأطباء، والمشاركة فى التقدم نحو الإيفاء بأهداف محددة لتحسين الجودة.

مبادرات تحسين رعاية حالات العظام

المبادرات لتحسين رعاية حالات العظام باتساع النظام كله تؤكد على معايرة إجراءات الرعاية للإقلال من المضاعفات الجراحية وتحسين نتائج المريض. أُنشئت مجموعة بيانات الأوامر الطبية لإدخال الحالات ونُفذت من أجل رعاية حالات العظام عمومًا وجراحة العظام فى العيادة الخارجية، وكذلك للرعاية ما قبل وبعد العمليات فيما يتعلق بجراحة القدم والكاحل، وجراحة الكتف والكوع، وإحلال المفاصل. هذه البيانات للأوامر الطبية تتضمن أفضل الممارسات فيما يتعلق بالعلاجات التى يمكن أن تحسن النتائج الجراحية : توقى انسداد الأوردة بالجلطة،

والوقاية بالمضادات الحيوية، والتحكم فى الجلوكوز. كما هو مبين فى جدول ٢٥،١ فإن المبادرات الحديثة لتحسين الجودة عبر "خط خدمة حالات العظام "ركزت اهتمامها على ثلاثة مجالات من الممارسة مسئولة عن أكثر عدد من المرضى: الألم أسفل الظهر، وكسر الفخذ، وإحلال المفصل بالكامل.

تحسين رعاية الألم بأسفل الظهر

سجل ما يقرب من ربع الأفراد الراشدين فى الولايات المتحدة إصابتهم بألم فى أسفل الظهر فى الأشهر الثلاثة الماضية كما أن ٢% من كل زيارات عيادات الأطباء تكون للشكوى من الألم أسفل الظهر.[٢] قدر فى ٢٠٠٥، أن إجمالى نفقات الرعاية الصحية للألم أسفل الظهر فى الولايات المتحدة مقدارها ٨٥،٩ بليون دولار.[٣] عندما يستخدم على وجه ملائم التصوير التشخيصى[٤] (صور الأشعة، صور الرنين المغناطيسى، المشح بالأشعة المقطعية المحوسبة) يكون فى هذا عنصر مهم لرعاية شكاوى الألم أسفل الظهر. إلا أن التصوير على وجه غير ملائم يزيد من مخاطر الإضرار بالمريض بسبب التعرض غير الضرورى للإشعاع وللجراحة أيضًا (وما يوجد فى ذلك من مخاطر متأصلة)، كما أنه قد ينشأ عنه سلوك من التحاشى للخوف، أو غير ذلك من السلوكيات الضارة بسبب أوجه لسوء فهم الألم أسفل الظهر مما يمكن أن يعرض المريض لمشاكل مزمنة. كذلك فإن كثرة التصوير غير الضرورى عامل يسهم رئيسيًا فى زيادة التكاليف الباهظة للرعاية الصحية بدون تحسين نتائج المريض.[٥]

(جدول ٢٥،١)

أمثلة لمبادرات وأهداف تحسين الجودة

وضع خطوطها مجلس ممارسة حالات العظام فى منظمة "مبرص"

مبادرة تحسين الجودة	الهدف
ألم أسفل الظهر :	
إنشاء بروتوكول لألم أسفل الظهر	الإقلال من التصوير غير الضرورى للمنطقة القطنية من العمود الفقرى
كسر الفخذ :	الإقلال من تغايرات الممارسة، والأخطاء، وإطالة الإقامة، ومعدل إعادة الإذن بالدخول
* إنشاء مجموعة بيانات الأوامر الطبية	
* التثقيف المعاير لما قبل العملية	تحسين معالجة أمر توقعات ونتائج المريض
* تحسين تشخيص مسامية العظام وعلاجها	الإقلال، حسب ما يمكن تجنبه، من دخول المستشفى، وتخفيض التكلفة واستخدام الموارد، والاهتمام بإدارة أمر صحة السكان
إحلال المفصل بالكامل	
* إنشاء مجموعة البيانات/ الرعاية	الإقلال من المضاعفات والتكاليف
* التثقيف المعاير لما قبل العملية	تحسين رضاء ونتائج المريض/ العائلة
* جمع بيانات النتائج	تقييم ومقارنة فعالية عمليات الزرع، والتكنيكات الجراحية، وبروتوكولات العلاج
* دراسة استخدام الدم	الإقلال من استخدام الدم الذاتى أثناء الجراحة

بالاسترشاد بتوصيات "الكلية الأمريكية للأطباء"، و"الجمعية الأمريكية للألم" بشأن تشخيص وعلاج ألم أسفل الطهر،(٦) أنشأت "شبكة توفير الرعاية الصحية لتكساس" (انظر الفصل ١٤) بروتوكولاً لألم أسفل الظهر لمساعدة الأطباء فى توفير علاج يتأسس على الأدلة، مع الإقلال من التصوير باهظ التكلفة وغير الضرورى و/أو الدراسات التشخيصية. يوجه البروتوكول الإكلينيكيين لتركيز الاهتمام بالتاريخ المرضى والفحص البدنى بما يتضمنه ذلك من تقدير عوامل المخاطر النفسية – الاجتماعية، التى تتنبأ بالخطر لحالات ألم الظهر المزمن

المعوق.[٦] ويرسم أيضًا هذا البروتوكول خطوط الإجراءات لثلاث مراحل علاجية تعتمد على مدى شدة الحالة/ واستمرار بقاء الأعراض. وافقت "لجنة أفضل رعاية" فى "شبكة توفير الرعاية الصحية لتكساس" على هذا البروتوكول فى أغسطس، كما وافق عليه "مجلس" الشبكة فى سبتمبر ٢٠١٢.

تحسين رعاية كسر الفخذ

عالجت منظمة "مبرص" فى السنة المالية ٢٠١٢ عددًا يقرب من ١٠٠٠ حالة من كسر الفخذ عن طريق ثمانى منشآت. من المتوقع أن يتصاعد هذا الرقم مع زيادة سن السكان فى الولايات المتحدة. فى ٢٠١٢ بلغ متوسط عمر المرضى بكسر الفخذ ٧٨ سنة، بينما بلغ متوسط مدة الإقامة ٥,٤ من الأيام، وبلغ معدل إعادة الإذن بالدخول خلال ٣٠ يومًا ٨,٤ فى المائة. هكذا حدد "مجلس ممارسة حالات العظام فى منظمة (مبرص) "عددًا من الأهداف التى تتعلق بنتائج المرضى والإقلال من التكاليف التى تصاحب رعاية كسر الفخذ.

كسر الفخذ عند المسنين يحمل معه مخاطر بالنسبة لكل ما يحتمل من مضاعفات طبية تنشأ عندما يلزم المرضى المسنون الفراش، بما فى ذلك نشأة الالتهاب الرئوى، وقرح الضغط، وتجلط الأوردة العميقة، وعدوى الجهاز البولى، والهذيان. نفذت منظمة "مبرص" مجموعة بيانات الأوامر الطبية المعايَرة للتعامل مع الكثير من هذه المضاعفات، وهى تنشئ الآن مجموعة شاملة لبيانات الأوامر الطبية لإدخال حالات كسر الفخذ ستؤدى إلى تنبه الأطبار للمخاطر المحتملة وترشدهم من خلال مسالك رعاية مبنية على الأدلة لتوقى هذه المضاعفات.

أفضل طريقة لتحسين رعاية حالات كسر الفخذ هى فى المكان الأول منع وقوع هذه الكسور. تعمل منظمة "مبرص" على تحديد المرضى الأكثر تعرضًا لخطر كسر الفخذ، كما مثلاً بإجراء فرز لحالات العظام المسامية. تحديد المرضى الذين يتعرضون أكثر لمخاطر كسور الهشاشة يمكّن من أن يبدأ تثقيف المريض والعلاج قبل أن يتم حدث الوقوع الذى يضر العظم.

منظمة "مبرص" حتى تعالج على وجه أفضل أمر توقعات المريض والنتائج المتعلقة بهذه التوقعات، قد أنشأت دليلاً إرشاديًا شاملاً للمرض الذى يعالج من كسر الفخذ كجزء من "برنامج عافية المفصل" و قد تبنته كل منشآت منظمة "مبرص".[٧] هذا الدليل الإرشادى يرشد المرضى ومن يرعونهم بشأن أنــواع كــسور الفخــذ، وخيارات العلاج الجراحى (والمضاعفات المحتملة)، والعلاج الطبيعــى والمهنــى وغير ذلك من خيارات التأهيل. الدليل يوفر أيضًا التعليمات بالتحركــات اليوميــة، مثل صعود السلالم، والدخول والخروج من السيارة، وارتداء الملابس، والــدخول والخروج من الفراش، وكذلك إستراتيجيات توقى الوقوع فى المستقبل.

تحسين رعاية إحلال المفصل كله

تظل الجراحة التكميلية للمفصل ككل (إعادة البنــاء أو الإحــلال) العــلاج الحاسم للحالات المتقدمة من أعراض تلف المفصل بصرف النظــر عــن الــسبب الأساسى للحالة.[١] من المتوقع أن يزيد إجراء جراحات إحلال المفصل مع ازديــاد أمان هذه العمليات، ومتانة وتحمل المــواد المغروســة، بمــا يوســع مــن عــدد المجموعات التى تستفيد من الجراحة سواء بالنسبة للمرضى المسنين أو الأصــغر سنا. "خط خدمة حالات العظام فى منظمة (مبرص)" يجرى سنويًا أكثر من ٣٠٠٠ عملية إحلال للمفاصل، ويلتزم هذا الخط بتحسين جودة إجراء هذه العمليات وكذلك. أيضًا بتحسين جودة نتائج المرضى. تتضمن أهداف ذلك إنــشاء بيانــات الأوامــر الطبية لحالات الدخول ومسالك الرعاية المعايَرة للإقلال من تغايرات الممارســة، ومدة الإقامة، والمضاعفات الجراحية؛ كذلك إنشاء بنية من هيئة الأفراد العــاملين توفر تناسقًا أكبر بين فرق الجراحة؛ وتحسين التثقيف لما قبل العملية؛ وتعزيز جمع بيانات النتائج لإجراء دراسات مقارنة على الفعالية.

استخدام الدم فى رعاية إحلال المفصل بالكامل

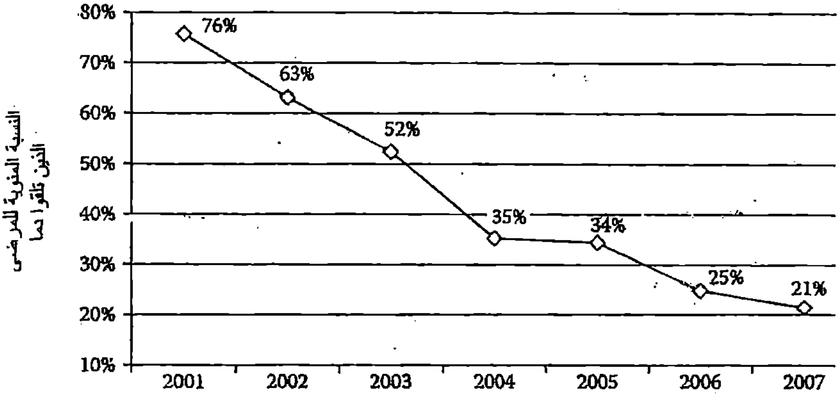
فى ثمانينيات القرن العشرين أصبح إعطاء الدم الذاتى قبل العملية من الممارسات الشائعة للمرضى الذين سيجرون عملية إحلال كلى للمفصل وذلك بسبب هواجس القلق من نقل عدوى الأمراض الفيروسية عن طريق إعطاء دم من شخص آخر غير المريض. بعد ذلك بعشرين سنة، كان لا يزال من الممارسات الشائعة فى مستشفيات منظمة "مبرص" أن يتبرع المريض مقدمًا بوحدة أو وحدتين من الدم ليتم نقلها له بعد العملية، بصرف النظر عن احتياج المريض لها. إلا أن هناك عددًا متزايدًا من الدراسات كشف عن بعض عيوب فى التبرع الذاتى بالدم كممارسة تقليدية، مثل زيادة عدد حالات الأنيميا قبل العملية وبعدها (مما يزيد من احتمال احتياج المريض لنقل دم أثناء و/أو بعد الجراحة)، وهناك أيضًا المخاطر العامة للتلوث بالبكتريا ووجود أخطاء كتابية فى التسجيل، مما يصاحب كل حالات الدم المختزن؛ وهناك أيضًا قلة الجدوى الاقتصادية بسبب الاحتياجات الخاصة للتداول والاختزان، وعدم ارتياح المريض، والإهدار بما له قدره من حيث عدم استخدام وحدات الدم ونبذها. فحصت منظمة "مبرص" ممارستها الخاصة لاستخدام الدم فيما يتعلق بعمليات إحلال كل المفصل، وقررت أن هناك حاجة للإقلال من استخدام نقل الدم الذاتى.

الإقلال من عمليات نقل الدم الذاتى روتينيًا يتطلب إقناع الجراحين بتغيير ممارستهم التقليدية. لتسهيل هذا التغير يتلقى كل جراح صورة مختصرة كل ستة أشهر لاستخدامه للدم بالمقارنة مع أنداده. يتم أيضًا متابعة وتسجيل استخدام الدم على مستوى المستشفى، وقد أظهر هذا نزعة للتناقص عبر السنين، عندما تتم مقارنة أداء الجرّاح الفردى. أدت هذه الجهود إلى الإقلال من النسبة المئوية لمن يتلقون الدم من مرضى الإحلال الأساسى للركبة أو الفخذ فى جانب واحد، فقلت

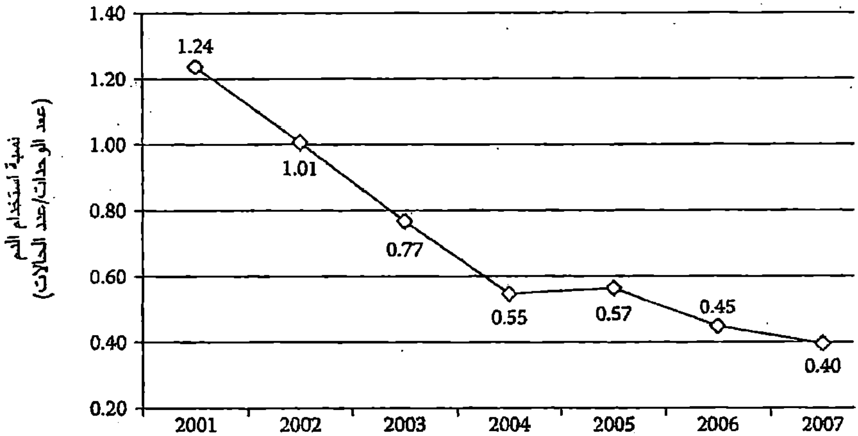
هذه النسبة بالثلث من ٢٠٠١ حتى ٢٠٠٧، كما قل متوسط كمية الدم المستخدم لكل حالة (شكل ٢٥،١). من المهم أن كمية الدم المستخدم المأخوذة من شخص آخر غير المريض لم ترتفع لتعوض عن الإقلال من نقل الدم الذاتى. الانخفاض فى استخدام الدم فى جراحة الفخذ والركبة يقدر بأنه خفض اتفاق المستشفى بما يقرب من ٢٥٠٠٠٠ دولار سنويًا.

برنامج عافية المفصل

الأفراد الذين أجروا عملية إحلال لمفصل ليسوا "مصابين "بعلّة". صُمم برنامج "عافية المفصل" للتأكد من أن المرضى يعرفون ذلك ولمساعدتهم على العودة سريعًا لحياتهم الطبيعية. المرضى الذين يجرون جراحة إحلال مفصل فى منظمة "مبرص" يُدرجون أوتوماتيكيًا فى "برنامج عافية المفصل". يوجد فى كل مستشفى بمنظمة "مبرص" وحدة مخصصة لذلك بغرف خاصة، وهيئة عاملين مخصصين دربوا على العمل مع مرضى إحلال المفاصل، وفصول تدريبات جماعية، ودورات تثقيفية، وتنسق للرعاية ما بعد خروج المريض. يُشجّع المرضى على ارتداء ملابس من المنزل بأسرع ما يمكن، بدلاً من رداء المستشفى. وهم يشجّعون أيضًا للبقاء معظم اليوم فى وضع قائم فى كراسى محتنية وراء صممت خصيصًا لذلك ولا يبقون فى السرير إلا عندما يحتاجون للراحة. يضمن البرنامج أيضًا تثقيفًا اختياريًا لما قبل العملية، وإن كان مما يوصى به بشدة هذا التثقيف فيما قبل العملية مع ما يتلقاه المرضى من رعاية منسقة بعد الجراحة بإمكان المرضى من مغادرة المستشفى فى وقت أسرع وقد أُعدوا أفضل لاستمرار تأهيلهم فى المنزل. أثناء رعاية ما بعد الجراحة، يساهم المرضى فى دورات للعلاج الطبيعى مع الآخرين ممن أجريت لهم الجراحة فى اليوم نفسه، وهذا يضيف عنصر الرفقة الحميمة إلى عملية الشفاء. تُشجع الأسرة والأصدقاء أيضًا على المساهمة والقيام بدور المدربين.


النسبة المئوية للمرضى
الذين تلقوا دما
80%
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
76%
63%
52%
35%
34%
25%
21%
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007

(أ)


نسبة استخدام الدم
(عدد الوحدات/عدد الحالات)
1.40
1.20
1.00
0.80
0.60
0.40
0.20
1.24
1.01
0.77
0.55
0.57
0.45
0.40
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007

(ب)

(شكل ٢٥،١)

(أ) النسبة المئوية لمرضى الإحلال الأساسى لمفصل ركبة أو فخذ فى جانب واحد ممن تلقوا الدم و (ب) معدل استخدام الدم (عدد الوحدات/ عدد الحالات) فى حالات إحلال الركبة أو الفخذ، ٢٠٠١ الى ٢٠٠٧.

الإسهامات التعاونية وتسجيلات البيانات القومية

تسجيلات البيانات الإكلينيكية والإسهامات التعاونية تلعب دورًا مهمًا فى تحسين نتائج المرضى وضمان أمان المريض بتوفير مجموعات كبيرة من البيانات تغطى مدى واسعًا من موفرى الرعاية وإجراءاتها وتحفز على إجراء دراسات أبحاث تنورها المعلومات. يلتزم "خط خدمة حالات العظام فى منظمة (مبرص)" بالمساهمة فى جهود محاولتين للاهتمام بجودة ونتائج رعاية الإخلال الكلى للمفصل : وذلك فى "السجل الأمريكى لإحلال المفاصل"(١٠) و"الإسهام التعاونى برعاية صحية راقية".(١١)

"السجل الأمريكى لإحلال المفاصل" جهد تعاونى يدعمه أكثر من ١٠٠ مستشفى، والعديد من الجمعيات القومية (بما فيها "الأكاديمية الأمريكية لجراحى العظام")، والمؤمنون صحيًا، والعملاء، والوكالات الحكومية، مثل خدمات "مراكز الرعاية الطبية **Medicare** والمعونة الطبية **Mediaid** "، و "وكالة أبحاث وجودة الرعاية الصحية". "السجل الأمريكى لإحلال المفاصل" هو أكثر من أن يكون مخزنًا لإيداع البيانات، فهو يوفر مدى واسعًا من المعلومات والتقارير القابلة للتفعيل يمكن استخدامها لتقييم مقارنة فاعليات عمليات الغرس وتكنيكات الجراحة وبروتوكولات العلاج، ولتحسين جودة الرعاية ونتائج المريض.

"الإسهام التعاونى برعاية صحية راقية" هو اتحاد مالى لنظم رعاية صحية تشكل فى ٢٠١١ لتحسين جودة الرعاية الصحية، ومن أجل الإقلال من التكاليف، ودفع أفضل الممارسات تجاه مجتمع توفير الرعاية القومى. نظم الرعاية الصحية التى تساهم فى الاتحاد تلتزم بالتشارك فى مسارات الرعاية والتكلفة وبيانات النتائج، أحدها مع الآخر ومع الجمهور، أثناء اتخاذها لأفضل الممارسات ولمعايرات جديدة موسعة للقياس. يركز اتحاد الإسهام التعاونى اهتمامه على مجالات لتسع حالات/ أو أمراض خاصة يتزايد انتشارها ولها تغاير واسع قوميًا فى المعدلات، والتكاليف، والنتائج : إحلال مفصل الركبة بالكامل، والسكرى، والربو، وجراحة الفخذ، وهبوط القلب، ورعاية ما حول الولادة، والاكتئاب، وجراحة العمود الفقرى، وجراحة فقدان الوزن.

أجرى "اتحاد الإسهام التعاونى" تحليلاً لإحلال الركبة بالكامل كشف عن تغايرات لها أهميتها عبر منظمات الرعاية الصحية المساهمة فى ذلك، من حيث أوقات الجراحة، ومدة الإقامة، وتنظيم خروج المرضى، ومعدلات المضاعفات داخل المستشفى.(١٢) كشفت الدراسة أيضًا عن أنه كلما زاد عدد الحالات التى يتعامل معها الجراح، يصحب ذلك مدة أقصر فى الإقامة وزمن العملية، وكذلك عدد أقل من المضاعفات داخل المستشفى. المساهمون فى هذا الاتحاد التعاونى يختبرون الآن تأثير المعالجة المتسقة لحالات المرضى المعقدة طبيًا، واستخدام الفرق المتخصصة، واتخاذ إجراء لتحسين إدارة الأمور المتوقعة للمريض.

الدروس المستفادة

"خط خدمة حالات العظام" يشمل عددًا من ممارسات مجموعة فردية وأطباء مستقلين، الكثير منهم يعملون أيضًا فى مراكز الجراحة المتنقلة، ومراكز للعلاج

الطبيعى/ التأهيل، وكيانات أخرى غير ملحقة بمنظمة "مبرص". يطرح هذا تحديات تواجه إنشاء بنية تحتية لتحسين الجودة على نطاق المنظومة كلها ومعايرة مسالك الرعاية، والإمدادات، والبروتوكولات الجراحية. إنشاء "مجلس حالات العظام في منظمة (مبرص)" يساعد نظام الرعاية الصحية فى التعامل مع هذه التحديات بأن يحضر معًا أصحاب الأسهم عبر كل نظام الرعاية الصحية، وبأن يسهل ضمان مساهمة الطبيب/ الجراح. كذلك فإن التزام منظمة "مبرص" بالمبادرات القومية كما فى "الإسهام التعاونى برعاية صحية راقية" و"السجل الأمريكى لإحلال المفاصل" قد أثبت فائدته أيضًا فى توفير إطار لجمع البيانات، والمشاركة فى أفضل الممارسات، وتنفيذ المبادرات لتعزيز جودة الرعاية، وتحسين نتائج المريض والإقلال من التكاليف. التسجيل الشفاف لقياسات الأداء وبيانات النتائج الإكلينيكية فيه حافز آخر مهم للتحسين إذ إن فيه جذبًا لطبيعة الأطباء التنافسية.

الاستنتاج

"خط خدمة حالات العظام فى منظمة "مبرص" مخصص لتحسين جودة الحياة عند الأفراد المصابين بحالات أو إصابات فى الجهاز العضلى – الهيكلى، سواء كانت حادة أو مزمنة. معايرة مسالك الرعاية، والإقلال من المضاعفات الجراحية، والتعاون فى جمع البيانات، وتحسين ثقافة المريض، كلها موضوعات مشتركة فى المبادرات الأساسية لتحسين الجودة عبر كل خط الخدمة، خاصة فى مجالات ألم أسفل الظهر، وكسر الفخذ، وإحلال المفصل بالكامل. تهدف كل هذه الجهود إلى تسهيل اتخاذ القرارات المنورة بالمعلومات على نحو أفضل، وتسهيل فاعلية متابعة المريض والتدخل فى التوقيت الأكثر ملاءمة، وتعزز التحكم فى الجودة. من الضرورى لنجاح هذه الجهود وغيرها من جهود خط الخدمة وجود قيادة طبية وثقافة تدعم ممارسة رعاية مبنية على الأدلة وتحسين الجودة.

المراجـع

1. United States Bone and Joint Initiative. 2011. *The burden of musculoskeletal diseases in the United States.* Rosemont, IL: American Academy of Orthopaedic Surgeons.
2. Deyo, R. A., S. K. Mirza, and B. I. Martin. 2006. Back pain prevalence and visit rates: Estimates from U.S. national surveys, 2002. *Spine* (Philadelphia, PA 1976) 31 (23): 2724–2727.
3. Martin, B. I., R. A. Deyo, S. K. Mirza, J. A. Turner, B. A. Comstock, W. Hollingworth, and S. D. Sullivan. 2008. Expenditures and health status among adults with back and neck problems. *JAMA* 299 (6): 656–664.
4. Fitch, K., S. J. Bernstein, M. S. Aguilar, B. Burnand, J. R. LaCalle, P. Lazaro, M. van het Loo, et al. 2001. *The RAND/UCLA Appropriateness Method User's Manual.* Arlington, VA: RAND.
6. Flynn, T. W., B. Smith, and R. Chou. 2011. Appropriate use of diagnostic imaging in low back pain: A reminder that unnecessary imaging may do as much harm as good. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy* 41 (11): 838–846.
6. Chou, R., A. Qaseem, V. Snow, D. Casey, J. T. Cross, Jr., P. Shekelle, and D. K. Owens. 2007. Diagnosis and treatment of low back pain: A joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. *Annals of Internal Medicine* 147 (7): 478–491.
7. Joint Wellness Program at Baylor University Medical Center. 2009. Patient guide to hip fracture treatment. Online at: http://www.baylorhealth.com/PhysiciansLocations/Dallas/SpecialtiesServices/Orthopaedics/Documents/Hip%20Fractures%20Guide_Web.pdf (accessed April 14, 2013).
8. Rosencher, N., and A. Shander. 2006. Preoperative autologous blood donation. *Transfusion Alternatives in Transfusion Medicine* 8 (1): 29–34.
9. Spence, R. K. 2004. Current concepts and issues in blood management. *Orthopedics* 27 (6 Suppl): s643–s651.
10. American Joint Replacement Registry. Online at: http://teamwork.aaos.org/ajrr/default.aspx (accessed May 15, 2013).
11. High Value HealthCare Collaborative. Online at: http://www.dartmouth-hitchcock.org/about_dh/hvhc_collaborative.html (accessed May 15, 2013).
12. Tomek, I. M., A. L. Sabel, M. I. Froimson, G. Muschler, D. S. Jevsevar, K. M. Koenig, D. G. Lewallen, et al. 2012. A collaborative of leading health systems finds wide variations in total knee replacement delivery and takes steps to improve value. *Health Affairs* (Millwood) 31 (6): 1329–1338.

الفصل السادس والعشرون

دفع الرعاية بطريقة "ستيب" عن طريق خطة صحية للتمليك والتشغيل

ج. بول ديكرت، و ج. جيمس روهاك

مقـدمة

نظام للرعاية الصحية لسكوت وهوايت نظام غير ربحى متكامل وتعـاونى، تأسس ١٨٩٧ فى تمبل بتكساس، وهو حاليًا واحد من أكبر مجموعات الممارسـات القومية ذات التخصصات المتعددة (انظر الفصل ٩).[١] تم حديثًا أن أعلن كل مـن سكوت وهوايت ومنظمة "مبرص" اندماجهما، مما خلق أكبر نظام صـحى غيـر ربحى فى ولاية تكساس. نظام سكوت وهوايت يمتلك ويـدير عمليـات "الخطـة الصحية لسكوت وهوايت"، التى تخدم أكثر من ٢١٥٠٠٠ عضو، فى مجموعـات، وفرديا، وفى البرامج والعقود التى تغطيها "مراكز الرعاية الطبيـة **(Medicare)**، ويوفر النظام الرعاية بواسطة منظومة سكوت وهوايت ومعها كذلك موفرو رعاية مستقلون.[٢] يصف هذا الفصل تاريخ منظومـة سـكوت وهوايـت، ونجاحاتهـا والدروس المستفادة فيما يتعلق بالجهود التى تبذلها لدفع تحسين الجودة الذى تنـتج عنه الرعاية بطريقة "ستيب"، عن طريق نظام لتوصيل رعاية صحية تمتلكه وتدير عملياته خطة رعاية صحية.

نشأة الخطة الصحية لسكوت وهوايت

رُتبت منظومة سكوت وهوايت أصلاً باعتبارها ثلاثة كيانات قانونية متميزة: العيادة، والمستشفى والمؤسسة، والخطة الصحية. لكل كيان قائده الطبـى الخـاص

به، وموظف إدارى رئيسى، وهم جميعًا يجتمعون أسبوعيًا لتنسيق جهود القيادات. تم فى ٢٠٠٠ دمج المستشفى والعيادة وعُين موظف رئيسى تنفيذى واحد ليقود النظام كله. بقيت الخطة الصحية ككيان قانونى منفصل وغير ربحى تحت هذه القيادة.(٢)

حتى وقت قريب عمل نظام سكوت وهوايت وظيفيًا بما يشبه كثيرًا نموذج مجموعة للحفاظ على الصحة. فى استجابة لتزايد المنافسة فى السوق وما يفضله المشترى، تطور نظام سكوت وهوايت من نموذج رأسمالى مغلق إلى نموذج شبكة مفتوحة بأجر للخدمات. بدأت العيادة والمستشفيات فى السعى للتعاقدات مع موفرى التأمين الصحى القومى بينما بدأت "الخطة الصحية فى التعاقد مع موفرى رعاية مستقلين. مُنحت تعويضات مبنية على المرتب للأطباء الموظفين فى سكوت وهوايت، وهى تعويضات أخذت تتضمن التوقعات الإنتاجية بالإضافة إلى رعاية المريض، والتثقيف، والأبحاث وخدمة المجتمع. حاليًا يؤدى أطباء سكوت وهوايت ما يقرب من ٧٥ فى المائة من الخدمات التى تقدمها "الخطة الطبية لسكوت وهوايت.(٢)

من ٢٠١٢ – ٢٠١٣ كانت الخطة الطبية لسكوت وهوايت الأعلى مرتبة فى مراكز "الرعاية الطبية" والمنظمات الخاصة "للحفاظ على الصحة" فى تكساس ولديها مرتبة قومية من ٤٤، و١٦١ حسب الترتيب فى هذين المجالين، وقد قُدرت هذه المرتبة حسب تعددات المراتب "للجنة القومية لضمان الجودة"، و"خطة التأمين الخاص للصحة" وخطة التأمين الصحى لمراكز الرعاية الطبية (والتى تتأسس على تقييمات ٤٧٤ من خطط التأمين الصحى الخاص و ٣٩٥ من خطط "مراكز الرعاية الطبية" القومية).

صفات نظام توصيل رعاية صحية بأداء راق

قامت "لجنة صندوق الكومنولث للأداء الراقى فى النظام الصحى" بتحديد ست صفات لنظام التوصيل المثالى للرعاية الصحية : استمرار المعلومات، وتنسيق الرعاية ومراحل الانتقال، ومدى مسئولية النظام، والمراجعة من الأنداد والعمل بأسلوب الفريق من أجل رعاية راقية فى قيمتها، والابتكار المستمر، وإمكان التوصل بسهولة للرعاية الملائمة.[٤] يعرض جدول ١،٢٦ أمثلة من سكوت وهوايت للصفات الست.

الرعاية بطريقة ستيب فى "الخطة الصحية لسكوت وهوايت"

سكوت وهوايت باعتبارها خطة لتوصيل الرعاية الصحية بالتمليك والتشغيل لها ملامح عديدة فريدة تمكنها من توفير الرعاية بطريقة **ستيب**. حيث إن خطة سكوت وهوايت لها مدخل متاح لبيانات المطالبات، فإن لديها بسبب ذلك مصدر بيانات ثريًا يتيح لها متابعة المرضى عندما يدخلون، ويغادرون، ويمرون خلال الأجزاء المختلفة من نظام الرعاية الصحية. بالإضافة فإن سكوت

(جدول ١،٢٦)

أمثلة من سكوت وهوايت للصفات الست لنظام توصيل رعاية صحية بأداء راق[٢]

الصفة	أمثلة من الرعاية الصحية لسكوت وهوايت
استمرار المعلومات	* يوجد سجل صحى يربط بين المستشفى الرئيسى وعيادات المجتمع، ويسهل الاتصالات عبر الخط المتصل للرعاية. * ممرضات المستشفى يستخدمن كمبيوترات متنقلة من أجل إدارة تعاطى الدواء إلكترونيًا بجوار الأسرة. * أطباء الرعاية الأساسية يتلقون بلاغات بالبريد الإلكترونى من استشارات الأخصائيين لمرضاهم وكذلك بريد إلكترونى لتوفيق الأدوية بعد الخروج من المستشفى.

	* يوجد مدخل Portal على الخط يتيح للمرضى العثور على طبيب، وترتيب المواعيد، وطلب إعادة ملء الوصفات الطبية، ودفع الأجور، والتثقف بشأن الموضوعات الصحية المهمة.
تنسيق الرعاية ومراحل الانتقال؛ مسئولية النظام (*)	* وجود ممرضات لإدارة الرعاية فى عيادتين كبيرتين للعمل مع أطباء الرعاية الأساسيين لإدارة أمر المرضى بحالات مزمنة. * وجود ممرضات لإدارة الرعاية تحت إشراف الخطة الصحية ليوفرن الدعم التليفونى للتثقيف بشأن الأمراض المزمنة، والمراقبة، والمتابعة بعد الخروج من المستشفى، وتحويل المرضى حسب الحاجة إلى مواعيد للعيادة. * الأمهات الجديدات يتلقين متابعة تليفونية ودعمًا فى المراحل الانتقالية فيما بعد الولادة. * عيادات لمضادات التجلط لها هيئة عاملين من الصيادلة أو الممرضات وتتابع المرضى خارج المستشفى باستخدام بروتوكولات معايَرة.
مراجعة الأنداد وأسلوب عمل الفريق للرعاية ذات القيمة الراقية.	* يتم تقديم الأطباء بواسطة إجراء اعتماد سنوى ومراجعة الأنداد بما فى ذلك رعاية المريض، والتثقيف، والأبحاث، وخدمة المجتمع. * سجل الصحة الإلكترونى يسهل مراجعة الأنداد غير التقليدية والتغذية المرتدة. بعض الأقسام تجرى مراجعة أنداد تقليدية ومعمّاة مع تغذية مرتدة للأطباء. * تستطيع بعض الأجزاء/والأقسام كسب مكافأة من ٢٠ فى المائة بأن يصل تقدير درجاتها إلى ٩٠ فى المائة أو أكثر فيما يتعلق بأهداف الجودة وأغراضها. * برنامج "هيئات المرضى" يدعو المرضى للتشارك فى

	حكايات شخصية عن الخبرات السلبية؛ والتشارك في الدروس المستفادة عبر المنظمة لتحسين الجودة والخدمة.
الابتكار المستمر	* كل منشأة رئيسية لديها مدير للجودة، و"مجلس للجودة وأمان المريض"؛ نظام الجودة" ومجلس الجودة وأمان المريض" يتابعان قياسات الجودة على نطاق المنظمة كلها؛ أي "قياس جوهري" لا يصل إلى ٩٠ في المائة من نقاط القياس يصير منه مبادرة لتحسين الجودة على نطاق المنظمة كلها لها فريق عمل رسمي قانوني يقوده طبيب وقائد عملياتي. * يصمم " مركز المحاكاة الإكلينيكي" طرائق معالجة جديدة ويختبرها ويعزز التثقيف المستمر لتوقي الخطأ البشري.
سهولة الوصول إلى الرعاية الملائمة	* "سفراء" العيادة يرحبون بالمرضى عند الباب، ويوجهونهم للمواعيد، ويسهلون عمومًا إراحة المريض وتوصله للرعاية. * مكتب "الشئون الدولية" يخدم المرضى الذين لا يتكلمون بالإنجليزية (وهم أساسًا من المكسيك وكوريا) مع وجود مترجمين للتحدث باللغتين طيلة ٢٤ ساعة. * برنامج طبي عن بعد لنخبة من الإخصائيين للإقلال من العقبات الجغرافية للمرضى في المناطق البعيدة. * العيادة "الصحية السريعة" توفر الدخول مباشرة، والتوصل إلى رعاية عاجلة طيلة ٧ أيام أسبوعيًا. * توفير زيارات جماعية للتثقيف بشأن الأمراض المزمنة.

(*) جُمع بند مسئولية النظام مع تنسيق الرعاية والمراحل الانتقالية، حيث إن كل بند منها يدعم الآخر.

المصدر: ماكارثي، د.، و ك. مويلر ٢٠١٠. "الرعاية الصحية لسكوت وهوايت : التفتح واعتناق التغيير لتحسين الأداء. "صندوق الكومنولث". ١٣٦٥، ٣٧، يناير.

وتمتلك هوايت صيدلياتها الخاصة وتوظف مديرًا خاصًا لمنافعها في الصيدلة، وهذا يسهل المشاركة الحقيقية بين الصيادلة والمنظمة مع القدرة على استيعاب بيانات الصيدلية لمعدل طلبات العملاء أو الاستهلاك التى يفى بها الإمداد المخزون. يعرف موفرو الرعاية الصحية ما يوصف من الأدوية، ولكنهم نمطيا ليس لديهم أى طريقة لمعرفة ما إذا كان المرضى يستوفون هذه التعليمات.

توجد أمثلة من مبادرات وممارسات "الخطة الصحية لسكوت وهوايت" لدفع الرعاية بطريقة "ستيب"، تتضمن أن :

- كل عضو جديد فى الخطة الصحية لسكوت وهوايت يوفَّر له استشارة صيدلى حول أدوية علاجه. بالإضافة إلى تدعيم أمان المريض، فإن هذه الاجتماعات الاستشارية تتيح للصيادلة مراجعة إتاحة الأدوية ذات الأصل العام المتكافئ (**generic**) والتى يمكن أن توفر المال لكل من المريض والمنظمة بدون اتباع أى حلول وسط لجودة الرعاية، (آمنة، وذات كفاءة).
- فحصت "الخطة الصحية لسكوت وهوايت" مؤخرًا قياسات "مجموعة فعالية بيانات ومعلومات الرعاية "الصحية" للجنة القومية لضمان الجودة بالنسبة لأعضائها وتبينت أن بعض المرضى لا ينالون ما هو مناسب من الرعاية الوقائية أو الرعاية المزمنة للسكرى. لمواجهة هذه القضية، أقامت الخطة الصحية "يوم السكرى"، حيث يجتمع شتى موفرى الرعاية للسكرى لرؤية المرضى. حتى تقلل سكوت وهوايت من عدد المرضى الذين يحتاجون للحصول على إعفاء لوقت من ساعات عملهم لحضور "يوم السكرى" فإنها تقيم هذا الحدث فى أحد أيام عطلة السبت (أى فى الوقت المناسب، وبفعالية، وعدالة، وتمحور على المريض).
- "الخطة الصحية لسكوت وهوايت" لها تكلفة تشغيل إدارية قليلة. أحد أسباب قلة هذه التكاليف هو أن الخطة ليس لديها موظفون؛ بدلاً من ذلك

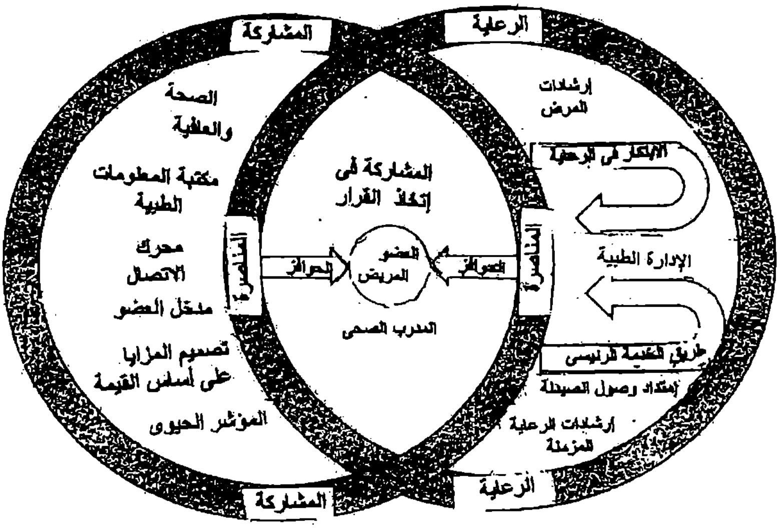
فإن موظفى "الرعاية الصحية لسكوت وهوايت " يخصبصون لذلك أو يــتم "إقراضهم" للخطة الصحية، ويتم تشارك خدمات كثيرة مع سكوت وهوايت (مثلاً الموارد البشرية، القانونية)؛ (الكفاءة).

- "الخطة الصحية لسكوت وهوايت" توفر خطوط إرشـــاد فـــى الممارســـة للأطباء الممارسين لتسهيل توفير الرعاية الملائمة إكلينيكيا المبنية علـــى الأدلة. فى أواخر تسعينيات القرن العشرين، لاحظ أحد أخصائيى العيــون فى سكوت وهوايت أنه يتم إجراء عدد "متزايد من عمليات زرع القرنيـــة لمرضى يستخدمون عدسات لاصقة لزمن ممتد. فحصت الخطـــة الطبيـــة أسباب هذا التزايد، ووجدت أن الكثيرين من المرضى ينـــدر أن يخلعـــوا العدسات اللاصقة. وهكذا فإن الخطة الصحية وفرت كتيب خطوط إرشاد لمتخصصى الأعين وعدسات الإبصار حـــول تثقيـــف المـــريض بـــشأن الاستعمال الممتد لتركيب العدسات اللاصقة. كنتيجة لهذه الإرشادات قلّـــت دراميًا حالات زرع القرنية بسبب سوء استخدام العدسات اللاصقة لـــزمن ممتد وانخفض عددها لدرجة أن الخطة الصحية أمكنها فى النهاية ســـحب الكتيب الإرشادى (آمن، وبفعالية).

- كل عضو جديد فى "الخطة الصحية لسكوت وهوايت" يخصص له طبيـــب للرعاية الأساسية. أزالت الخطة الصحية عقبات كثيرة لتحويل المرضـــى، مثال ذلك، أنه فى بعض المناطق الجغرافية، لا يحتاج المـــريض لزيـــارة طبيب للرعاية الأساسية قبل أن يرى الأخصائى. هذا الاهتمام لاحتياجات المرضى الفردية ينتظم فى خط متسق مع رسالة سكوت وهوايت بتـــوفير رعاية صحية، شخصانية، شاملة، راقية الجودة (كفاءة، وعدالة، وتمحور على المريض).

طريقة مقاربة "خطة سكوت وهوايت الصحية" للأمراض المزمنة لها أوجه متعددة تتضمن المبادرات التالية :

- تثقيف العضو ومشاركته عن طريق برامج مختلفة بما فى ذلك خط التمريض، ومعالجة أمر المرض فى ٦٥ حالة مختلفة، والتدريب للتمريض، والمشاركة فى صنع القرار. هذه البرامج متاحة ٧/٢٤. يُعمل على تشجيع ودعم الإدارة الذاتية للعضو.
- العمل على اشتراك الإكلينيكيين وأن يوفر لهم، وخاصة فى نطاق سكوت وهوايت، بيانات منتظمة ودقيقة عن الأهداف المبنية على الأدلة وعن أى ثغرات فى هذه الأهداف على أساس محدد للمريض بالنسبة للأمراض العامة، مثل أمراض القلب، و الاعتلال الانسدادى المزمن الرئوى، والسكرى.
- توفير تدخلات خاصة مبتكرة للأمراض الخاصة المزمنة. تُصمم هذه البرامج حتى تصبح إدارة أمر المرض المزمن أسهل، وأكثر شمولاً، وأكثر تعاونية لكل من الأعضاء وأطبائهم.
- وجود منظمين للحالات المعقدة يمتد وصولهم بعيدًا للأعضاء المصابين بحالات مزمنة متعددة، فيساعدونهم على جعل صحتهم فى أمثل حال ممكن بعد تحديد رعاية صحية خاصة أو أهداف وظيفية فعالة.
- قياس واستمرار التحسين : يتم عن طريق "خطة سكوت وهوايت الصحية لتحسين الجودة"، وكذلك عن طريق "الأقسام التحليلية"، أن تُسجَّل بيانات إدارة أمر الأمراض المزمنة وتحليل الأهداف، وتحديد العقبات لتحسين الرعاية حتى يمكن التغلب عليها. أعضاء تحسين الجودة يجتمعون مع المديرين الطبيين "لخطة سكوت وهوايت الصحية ومع الإكلينيكيين



البرنامج والعمليات التشغيلية
البنية التحتية لتكنولوجيا المعلومات

(شكل ١،٢٦)

نموذج خطة سكوت وهوايت الصحية "لتمكين الرعاية الحيوية للعضو. (ماكارثى د.، وك. مولر ٢٠١٠ الرعاية الصحية لسكوت وهوايت : التفتح واعتناق التغيير لتحسين الأداء. "صندوق الكومونولث"، ١٣٦٥، ٣٧، يناير. تم الحصول على إذن بالنشر).

الممارسون فى سكوت وهوايت الذين يناصرون الابتكارات لتحسين الرعاية للمصابين بالأمراض المزمنة. تتضمن أمثلة ذلك مجموعات من أجل "كل الأمور التنفسية" و "كل الأمور القلبية" تتشكل من الإكلينيكيين والأفراد العاملين فى تحسين الجودة الذين ينفذون مشروعات لتحسين اتباع القواعد فى خطط الرعاية وتحسين نتائج الأعضاء المصابين بأمراض مزمنة.

"خطة سكوت وهوايت الصحية " قد أنشأت عددًا من البرامج المبتكرة لمساعدة الأعضاء فى إدارة، أمر الأمراض المزمنة. دمجت الخطة وسائلها وبرامجها تحت عنوان "الرعاية الحيوية" (شكل ١،٢٦).

الدروس المستفادة

سكوت وهوايت بتشغيل خطتها الصحية الخاصة قد أصبحت فى وضع ممتاز للتحول سريعًا من الرعاية الصحية المؤسسة على الحجم إلى الرعاية الصحية المؤسسة على السكان. سكوت وهوايت اهتمت طيلة زمن طويل بالرعاية المؤسسة على السكان مع الحرص فى إدارة أمر توصيل الرعاية الصحية والتكاليف الإدارية من خلال المرضى المدرجين فى خطتها الصحية، وبسبب هذا فإنها أصبحت فى وضع متفرد لإنجاز الهدف الثلاثى،[٥] حيث إنها اعتنقت بالفعل هذه المبادئ على أساس متطور متقدم باستمرار.

الرعاية المبنية على السكان تتطلب من الإكلينيكيين أن يعتنقوا دور الإشراف على مهام إدارة الخدمات والمؤن الذى يقومون به فى ماليات الرعاية الصحية وتتطلب من القواد الماليين أن يعتنقوا دور المهام الإدارية والمالية الذى يقومون به فى توصيل الرعاية الإكلينيكية الفعالة. لابد لهم من أن يعملوا معًا جميعًا لضمان ألا تكون الرعاية مستخدمة بأقل أو أكثر مما ينبغى. تمارس سكوت وهوايت تشغيل خطتها الصحية الخاصة بها، ولهذا السبب فإن اهتماماتها الإكلينيكية والمالية لها تاريخ طويل وقدرة على استمرار أفرادها فى العمل معًا بفعالية لتدعيم وتوصيل الرعاية بطريقة "**ستيب**".

الاستنتاج

تمتلك سكوت وهوايت وتشغّل خطتها الصحية الخاصة، وقد أعطى لها هذا خبرة قيمة فى إدارة أمور صحية مجموعة كبيرة من المرضى. سكوت وهوايت قد

دفعت قدمًا الرعاية بطريقة "ستيب"؛ وذلك بواسطة استخدام خطتها للرعاية الصحية بطرائق منوعة، بما فى ذلك استشارات الدواء العلاجية لكل الأعضاء الجدد، وإقامة "يوم السكرى" لتحسين إدارة الأمراض المزمنة، والحفاظ على تخفيض التكاليف الإدارية، وتوفير خطوط إرشاد لممارسة الإكلينيكيين مبنية على الأدلة، وإزالة الكثير من المعوقات لتحويل الحالات. سكوت وهوايت إذ تدفع الرعاية بطريقة "**ستيب**" من خلال خطتها الصحية، فإن هذا أمر ينتظم فى صف متسق مع الالتزام المستمر لسكوت وهوايت بمبادئ "الهدف الثلاثى" لتحسين خبرة المريض، وتحسين صحة السكان، والإقلال من تكلفة الفرد فى الرعاية الصحية.

المراجع

1. Scott & White Health Care Fact Sheet. January 2013. Online at: www.sw.org (accessed April 9, 2013).
2. McCarthy, D., and K. Mueller. 2010. Scott & White healthcare: Opening up and embracing change to improve performance. *Commonwealth Fund* 1365, 37, January.
3. Scott & White Health Plan. SWHP—Texas and regional leader in NCQA health insurance plan rankings. Online at: http://www.swhp.org/news/ncqa12-13 (accessed April 10, 2013).
4. Shih, A., K. Davis, S. Schoenbaum, A. Gauthier, R. Nuzum, and D. McCarthy. 2008. Organizing the U.S. Health Care Delivery System for high performance. Online at: http://www.commonwealthfund.org/usr_doc/Shih_organizingushltcaredelivery-sys_1155.pdf (accessed May 15, 2013).
5. Berwick, D. M., T. W. Nolan, and J. Whittington, The triple aim: care, health, and cost. *Health Affairs* (Millwood) 27 (3): 759–769.

الفصل السابع والعشرون

إشراك الرعاية بطريقة "ستيب" فى منظمة رعاية مسئولة

كارل إ. كوتش، وف. دافيد وينتر،

وويليان ل. روبرتس

مقــدمة

جهود الرعاية الصحية التى تؤكد على أهمية قيمة الرعاية مقاربة بحجمهــا، تزداد اكتسابًا للزخم قوميًا، بما يتضمنه ذلك من تشكيل منظمات إكلينيكيــة محليــة متكاملة تتحمل المسئولية عن الجودة والتكاليف معًا.[١،٢] "لائحة حمايــة المــريض والرعاية بتكاليف قابلة للتحمل "توفر الحوافز لإنــشاء هــذه المنظمــات للرعايــة المسئولة، بما فى ذلك إنشاء برنامج للمدخرات المشتركة الفيدرالية يكافئ المنظمات التى تفى بمقاييس الجودة مع الإقلال من نفقات الرعاية الصحية.[٣] "تحالف بــايلور للجودة " هو منظمة للرعاية المسئولة متكاملة إكلينيكيًــا تتــشكل مــن الأطبــاء، ومستشفيات، وغير ذلك من موفرين للرعاية رسالتهم هى التوصل لرعاية بأقــصى ما يمكن من جودة وجدوى اقتصادية من أجل المرضى والمجتمعات الذين تخدمهم "منظمة "مبرص" [٤]. يواصل "تحالف بايلور للجودة" متابعة هذه الرسالة عن طريق التأكيد على الرعاية الأساسية، والصحة الأفضل للسكان، وتحسين تنــسيق رعايــة المريض، وإنشاء نماذج جديدة لدفع الأجور حيث تكافأ الرعاية ذات الجودة الراقية والتكلفة المنخفضة.

"منظمات الرعاية المسئولة توفر مزايا ممكنــة للمرضــى، والإكلينيكيــين، والمستشفيات ودافعى المال. تتضمن هذه المزايا

(١) رعاية أفضل تنسيقًا وأكثر فى الجدوى الاقتصادية لعدد متزايد من المرضى بحالات مزمنة كثيرًا ما ترجع نتائجهم الصحية السيئة إلى الرعاية المتشظية؛ و

(٢) مؤسسة قوية لتنفيذ السجلات الصحية الإلكترونية واتصالات المريض الإلكترونية لتحسين إدارة عمليات الرعاية والتشجيع على مشاركة أكبر للمرضى فيما يخصهم من رعاية، و

(٣) استخدام مقاييس للأداء توفر مسئولية خارجية لدافعى المال والجمهور، ومقاييس داخلية لتسهيل تحسينات الجودة؛ و

(٤) تخفيض ما يواجه البلاد حاليًا من نقص فى الأفراد الإكلينيكيين للرعاية الأولية، وذلك باتخاذ ممارسات من الرعاية الأولية ترعى عددًا أكبر من الأعضاء بواسطة ممارسة مبنية على عمل الفريق؛ و

(٥) الحوافز المالية التى توفر مكافآت للمحافظة على المرضى فى حالة جيدة بواسطة تجميع الإكلينيكيين معًا فى فرق عمل تتولى المسئولية عن كل جوانب الرعاية عبر كل طيف الحالات والمنشآت الطبية.(٥)

مقاربة منظمة "مبرص" للرعاية المسئولة

رسمت منظمة "مبرص" فى ٢٠٠٩ خريطة طريق رحلتها لتحسين الرعاية الصحية فى المستقبل، فرسمت الخطوط الخارجية لسبعة مسارات لإنجاز "الهدف الثلاثى" للرعاية الأفضل للأفراد، والصحة الأفضل للسكان، وأن يتوفر للمجتمع رعاية راقية منخفضة التكلفة (شكل ١،٢٧):(٦)

١- التأثير فى إصلاح الرعاية الصحية بواسطة نماذج للرعاية مركزها هو المريض.

٢- التنفيذ الكامل لتحول إكلينيكى لخلق خبرة مثالية للمرضى، والأطباء، والممرضات وغيرهم من موفرى الرعاية.

٣- الاستمرار فى قيادة التثقيف الطبى والأبحاث الطبية.

٤- الاستمرار فى تنمية ما يوجد من مراكز إكلينيكية للوصول للامتياز فى مرتبتها وإنشاء مراكز جديدة إكلينيكية ممتازة لخدمة كل الناس وتحسين صحة المجتمعات التى تخدمها.

٥- الإثبات العملى لأهمية الإشراف على ماليات مهام إدارة الخدمات والمؤن فى الحفاظ على مرتبة فى أعلى القمة (أأ)

٦- أن تصبح المنظمة إحدى منظمات الرعاية المسئولة.

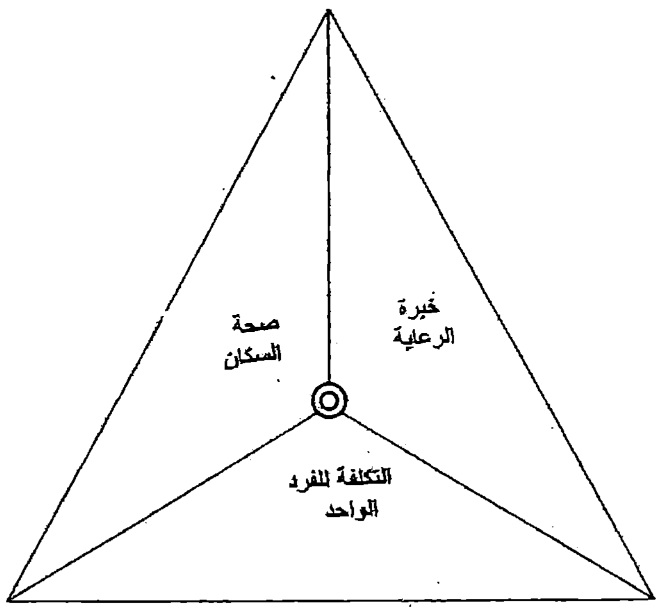
٧- أن تصبح المنظمة مدرجة روتينيًا فى قائمة نظم "القمة الخمسة " للرعاية الصحية فى الدولة.

التزام منظمة "مبرص" بإنشاء منظمة رعاية مسئولة متكاملة إكلينيكيا فيه شهادة على إيمانها بأن الرعاية التى لها استعداد مسبقًا، والمبنية على الأدلة، والمدفوعة بالقيمة توفر أفضل حل لاحتياجات البلد المتزامنة لتحسين الجودة، وتخفيض التكاليف، وزيادة سهولة التوصل للرعاية الصحية.

تحالف بايلور للجودة

الأطباء والمستشفيات فى منطقة مجمع مدن دالاس – فورت وورث لديهم تاريخ طويل من النجاح فى بيئة قوية من الخدمة مقابل أجر مدفوع. يُعترف قوميا بهذه المنطقة على أنها إحدى أعلى المناطق فى الدولة فى تكلفة الرعاية الصحية، مع نتائج إكلينيكية عامة ليست أفضل من المناطق التى توصل الرعاية بتكلفة

أقل.[٧] هكذا فإن الفرصة تتوفر للأطباء والمستشفيات لإنتاج قيمة أفـضل، عنـدما تعرّف القيمة بأنها النتائج الصحية التى يتم إنجازها بالنسبة لإنفـاق دولار واحـد والتى تقاس عبر دورة رعاية المريض كلها.[٨-١٠] إذا أمكن قياس القيمـة



(شكل ١،٢٧)

الهدف الثلاثى. إطار الهدف الثلاثى أنشأه معهد "تحسين الرعاية الصحية. ويشمل السعى المتزامن لمتابعة تحسين خبرة المريض بالرعاية، وتحسين صحة مجموعات السكان، وتخفيض تكلفة الرعاية الصحية لكل فرد واحد.

بطريقة ملائمة، فإن التعويضات يمكن أن تُربط بقيمة ما يُوَفر مـن رعايـة صحية بحيث "تكافئ موفرى الرعاية عند كفاءتهم فى التوصل إلى نتائج جيدة بينما تكون هناك مسئولية عن الرعاية الأقل من المعيار".[٨] فى ٢٠١١ أسست "مبرص"

"منظمة الرعاية المسئولة" المتكاملة إكلينيكيا ومهمتها الواضحة توصيل رعاية للمرضى والمجتمعات التى تخدمها "مبرص" بحيث تكون رعاية بأرقى درجة ممكنة من الجودة، والجدوى الاقتصادية والاتساق.(٤)

"تحالف بايلور للجودة" تمتلكه منظمة "مبرص"، وهو حتى يوليو ٢٠١٣، يشمل ٦٠٠ طبيب "بشبكة توفير الصحة لتكساس"، و ١٤٥٠ من الأطباء المستقلين و ١٧ من مستشفيات التمليك والتشغيل. هدف هذا التحالف هو أن يحسن رعاية صحة المرضى والسكان مع تخفيض التكاليف العامة وينبنى هذا على خمس مقاربات تترابط فيما بينها :

١- إعادة تصميم نقط مدخلات الرعاية الصحية مع التأكيد على الدور الطبية التى يكون محورها هو المريض.

٢- الربط بين أطباء الرعاية الأساسية والخاصة باستخدام تكنولوجيا المعلومات الصحية لتحسين التناسق عبر الخط المتصل للرعاية.

٣- إنشاء بنية تحتية لتنسيق الرعاية لضمان أن تتمكن الموارد والخدمات الملائمة من الوفاء باحتياجات المرضى المصابين بأقصى الحالات حدة.

٤- إنشاء نماذج جديدة لدفع الأموال للرعاية الصحية، مثل الاشتراك فى المدخرات وتجمعات المال، التى تكافئ القيمة والأداء بدلاً من حجم الخدمة.

٥- استخدام وسائل تحليل راقية للقياس، والتحسين، والنمذجة على نحو تنبؤى لرعاية من يُخدَمون من السكان.

(جدول ٢٧،١)

بنية "لجنة تحالف بايلور للجودة"

لجنة تحالف بايلور للرعاية	وظيفة اللجنة
العضوية والمعايير	إنشاء معايير للعضوية والأداء الإدارى لكل المساهمين؛ اعتماد موافقة "اللجنة القومية لضمان الجودة" على الأطباء وغيرهم من القائمين بالرعاية، ومعايير التحالف لموفرى الرعاية ومنشآت للحالات ما بعد الحادة.
أفضل رعاية/ التكامل الإكلينيكى	إنشاء مسالك رعاية عبر كل الخط المتصل للرعاية يكون فيها تعدد للفروع المعرفية، مع متابعة جودة وكفاءة هذه المسالك، إدارة أمر الأمراض المزمنة؛ إدارة أمر الرعاية الانتقالية. هذه اللجنة لديها تقريبًا ٢٥ لجنة فرعية متخصصة، كل منها مسئولة عن إجراءات تخصص محددة.
اتباع القواعد	التمسك تنظيميًا بالشروط التنظيمية الأساسية؛ التأكيد على حقوق من يُخدَمون من المرضى ورعايتهم أخلاقيًا.
الماليات/التعاقد	متابعة الأداء المالى للمنظمة؛ إنشاء توزيع للمكافآت وحسم نزاعاتها؛ الموافقة على عقود إدارة الرعاية.
تكنولوجيا المعلومات	التأكيد على الترابط الإلكترونى لدعم التكامل الإكلينيكى وقياس الجودة وأداء التكاليف معًا.

بنية وحوكمة "تحالف بايلور للجودة"

"تحالف بايلور للجودة" يعد شركة ذات مسئولية قانونية محدودة تمتلكها بالكامل منظمة "مبرص"، ولها مجلس، وبنية لجنة، وفريق إدارة ويتمركز اهتمامها على التكامل الإكلينيكى المتمحور على المريض عبر كل نقاط الرعاية. "مجلس المديرين له قيادة طبية ويتضمن ١٥ طبيبًا ممارسًا، وثلاثة من الموظفين التنفيذيين فى منظمة "مبرص"، وممثلاً للمجتمع، وعضوًا من "مجلس أمناء" منظمة "مبرص".

رئيس مجلس "تحالف بايلور للجودة" طبيب ممارس، ويتم اختيار أعضاء "مجلس الأطباء" من جماعات متعددة من هيئة العاملين الطبية حتى تمثل كل أجزاء منظمة "مبرص". لدينا بنيان من لجنة واسعة النطاق يقودها الأطباء ومسئولة عن تكوين السياسات، وإنشاء وتقييم معايير العضوية، ومتابعة اتباع القواعد التنظيمية والأداء المالي، وإنشاء طرائق إدارة أمر الأمراض ومعالجة أمر بروتوكولات ومسارات توصيل الرعاية للسكان (جدول ٢٧،١). تصميم هذه اللجان يعكس التزام "تحالف بايلور للجودة" بالتحول الثقافى ليصبح منظمة متكاملة إكلينيكيًا تؤكد على التعاون. المساهمة فى اللجان تتيح للمهتمين من الأطباء الفرصة للمساعدة فى تشكيل اتجاهات، وعمليات، ونجاحات المنظمة.

عضوية "تحالف بايلور للجودة"

مع اتباع الإيفاء بمعايير المساهمة، تعتبر عضوية "تحالف بايلور للجودة" مفتوحة لأى طبيب مؤهل ومعتمد بشهادة من المجلس ويرغب فى الانضمام إلى "تحالف بايلور للجودة" وشركائه الإكلينيكيين فى تحالف له مسئوليته لتحسين الجودة، وحفظ التكاليف، والتكامل الإكلينيكى بالنسبة لرعاية المريض. يجب على الأعضاء الموافقة على دفع رسم أولى لتغطية تكاليف الاعتماد والتنظيم الأساسى، وتسليم بيانات الجودة والتكلفة، والحصول على سجل صحى إلكترونى، ومدخل لموقع آمن على شبكة ويب، وذلك لرؤية بيانات جودتهم وكفاءتهم بمعدل لا يقل عن ثمانية شهور لكل ١٢ شهرًا.[١١] يجب عليهم أيضًا الموافقة على تكامل الرعاية الإكلينيكية مع أطباء الرعاية الأولية والأطباء المتخصصين للمشاركة معًا فى علاج المرضى باستخدام مسالك رعاية وبروتوكولات تم الاتفاق عليها ومبنية على الأدلة. فى مقابل ذلك فإن أطباء "تحالف بايلور للجودة" يمكن لهم أن يتوقعوا

(١) التزام القيادة ببنية تحتية متينة للتكامل الإكلينيكى بما فى ذلك مصادر قوية لتكنولوجيا المعلومات، و

(٢) بيانات لمساعدتهم فى توصيل رعاية راقية ذات جدوى اقتصادية، و

(٣) سهولة التوصل إلى وسائل دعم القرار الإكلينيكى والمصادر الأخرى لإدارة الممارسات، لتحسين رعاية ورضاء المريض والإقلال من تكاليف الممارسة، و

(٤) تنسيق أفضل لرعاية المرضى فى كل أوضاع الرعاية، و

(٥) شبكة متكاملة إكلينيكيًا ومكرسة لرسالة مشتركة، و

(٦) التأهيل للجدارة لما قد يتاح من مكافآت للجودة والكفاءة.

مؤسسة لدور طبية تتمحور على المريض

رسالة "منظمة اعتماد المسئولية " هى أن تدير كل الخط المتصل للرعاية وتكون مسئولة عمومًا عن التكاليف وجودة الرعاية لمجموعة محددة من المرضى. من المعترف به على نطاق واسع أن الوجود الأفضل للرعاية الأولية والوجود الأفضل لتنسيق الرعاية فى انتظام حول المريض يؤدى إلى احتمال تحسين النتائج بتكلفة أقل، وذلك عن طريق تحسين الوقاية والتعامل مع الأمراض المزمنة، مثل السكرى، وأمراض الشرايين التاجية والأمراض التنفسية. هكذا، فإن نماذج توصيل الرعاية الصحية مثل "الدور الطبية المتمحورة على المريض" تكتسب بسرعة متزايدة الدعم عبر كل مهنة الرعاية الصحية، لجعل الرعاية الصحية أكثر فاعلية وكفاءة. "تحالف بايلور للجودة" يلتزم بمؤسسة قوية للرعاية الأولية، وقد أعاد تصميم مواقعه للرعاية الأولية لتنتظم فى خط متسق مع نموذج "الدور الطبية المتمحورة على المريض".

أساس نموذج "الدور الطبية المتمحورة على المريض" هو أن يكون لكل مريض علاقة بإكلينيكى للرعاية الأولية يقود فريقًا يأخذ على عاتقه المسئولية الكلية لرعاية المريض، ويوفر الاحتياجات اللازمة لرعاية صحة المريض، وينظم الأمر للرعاية الملائمة مع الإكلينيكيين الآخرين المؤهلين. هذا النموذج يؤكد أيضًا على تنسيق للرعاية تسهله تكنولوجيا المعلومات الصحية؛ والجودة والأمان، بما فى ذلك استخدام الطب المبنى على الأدلة؛ وتعزيز التوصل السهل للرعاية؛ والتعويض الذى ينبنى على إدراك القيمة التى تضاف بواسطة الدور الطبية.[١٢]

يعتقد "تحالف بايلور للجودة" أن من الضرورى أن يكون لكل مريض دار طبية تتمحور على المريض، ويتوقع من كل الأعضاء من أطبائه للرعاية الأولية أن يتوصلوا إلى اعتراف "اللجنة القومية لضمان الجودة " بالدور الطبية المتمحورة على المريض خلال ٢٤ شهرًا من الانضمام للتحالف. اعتناق "تحالف بايلور للجودة لنموذج " الدور الطبية المتمحورة على المريض" قد ازداد قوة بواسطة خبرة "شبكة توفير الصحة لتكساس" باشتراطها على ممارسات الرعاية الأولية فيها بأن تتوصل إلى الإقرار "بالدور الطبية المتمحورة على المريض" (انظر الفصل ١٤).

التوصل إلى اعتماد "منظمة الرعاية المسئولة"

يخطط "تحالف بايلور للجودة " لتقوية موقفه كمنظمة للرعاية المسئولة بطلب اعتماد من "اللجنة القومية لضمان الجودة" "لمنظمة الرعاية المسئولة"، وذلك بأن يقدم برنامجًا يوفر خريطة طريق لمنظمات الرعاية يثبت عمليًا قدرتها على

(جدول ٢،٢٧)

معايير اعتماد "اللجنة القومية لضمان الجودة "لمنظمة الرعاية المسئولة"

المعيار	الشروط الأساسية
بنية منظمة الرعاية المسئولة وعملياتها	تحدد المنظمة بوضوح بنيتها التنظيمية، وتثبت عمليًا قدرتها على إدارة الموارد وأن تنتظم فى صف متسق حوافز موفرى الرعاية عن طريق تنظيمات دفع المال وغير ذلك من الميكانزمات لدعم توصيل رعاية ذات كفاءة وفعالية.
سهولة التوصل لموفرى الرعاية اللازمين	المنظمة لديها أعداد وأنواع كافية من الأطباء الممارسين لتوفير رعاية أولية فى التوقيت المناسب وذات كفاءة ثقافية، وتوفير رعاية تخصصية، ورعاية عاجلة/ وللطوارئ / والمرضى الداخليين/ ورعاية على المدى الطويل، وخدمات مجتمعية ومقرها الدار.
رعاية أولية تتمحور على المريض	ممارسات الرعاية الأولية فى شبكة المنظمة تعمل كدور طبية للمرضى وتقدم رعاية تتمحور على المريض.
إدارة الرعاية	المنظمة تقوم بجمع، ودمج، واستخدام البيانات من مصادر مختلفة لإدارة الرعاية، وتسجيل الأداء، وتعيين المرضى لبرامج صحة السكان. توفر المنظمة موارد للمرضى والأطباء الممارسين لدعم أنشطة الإدارة.
تنسيق الرعاية ومراحل الانتقال	تسهل المنظمة أن يتم فى الوقت المناسب تبادل المعلومات بين القائمين بالرعاية، والمرضى، وواهبى الرعاية وذلك لدعم مراحل انتقال آمنة.
حقوق المريض ومسئولياته	المنظمة تعطى المعلومات للمريض حول دور "منظمة الرعاية المسئولة" وخدماتها. وهى شفافة فيما يتعلق بأدائها الإكلينيكى وأى مما تقدمه للأطباء الممارسين من حوافز مالية مبنية على الأداء.
تسجيل الأداء وتحسين الجودة	تقيس المنظمة وتسجل علنًا الأداء فيما يتعلق بالجودة الإكلينيكية للرعاية، وخبرة المريض، وقياسات التكلفة. وهى تحدد فرص التحسين وتساعد موفرى الرعاية وحاملى الأسهم على التعاون بشأن مبادرات التحسين.

تنسيق ما يتوقع من "منظمات الرعاية المسئولة" من رعاية ذات جودة راقية، وكفاءة، وتمحور على المريض.[١٣] باعتبار أن هذه المنظمات برنامج تطوعى، فإن الاعتماد من "اللجنة القومية لضمان الجودة" يعطى الإشارة إلى عزم المنظمة لأن تكون شفافة بالنسبة لقدراتها وأدائها، ولأن يكون استخدامها ممكنًا بالنسبة لدافعى المال الذين يسعون للتمييز بين المنظمات التى تطرح أن تكون من موفرى الرعاية ذات المسئولية. جدول ٢٧،٢ يبين المعايير التى تطبقها "المنظمة القومية لضمان الجودة " لاعتماد "منظمات الرعاية المسئولة".

التحديات والفرص

ليس غير أفكار قليلة لتحويل طريقة توصيل الرعاية الصحية عبر السنوات العديدة الماضية قد تلقت انتباهًا كثيرًا مثل ما تلقته منظمات الرعاية المسئولة. هناك اتفاق عام يتزايد على أنه بدون إصلاح طريقة دفع المال والحوافز التي تنتظم فى خط واحد معه، فإنه لن يمكن التوصل إلى أن يتحقق لكل الأمريكيين هدف توفير رعاية صحية راقية ويمكن تحمل تكلفتها وأن يتوفر لهم صحة أفضل. تتوقع قيادة "تحالف بايلور للجودة" أن مراحل الانتقال من بيئة رعاية صحية بأجر للخدمة ومبنية على الحجم إلى نظام توصيل رعاية يكافئ الأداء والقيمة هى مراحل ستفرض معًا وجود فرص وتحديات.

واجه "تحالف بايلور للجودة" بالفعل عقبات فى تصميم "برنامج المدخرات المشتركة للرعاية الطبية **Medicare**". البرنامج يتطلب حاليًا أن يتأسس انتماء المريض على رقم البطاقة الضريبية الشخصية للطبيب، وهذا فيه إشكال بالنسبة "لتحالف بايلور للجودة" لأن الكثير من أطبائه يمارسون المهنة فى مجموعات تتضمن أطباء لا يمارسون المهنة فى نطاق منظمة "مبرص" ولا يساهمون فى "تحالف بايلور للجودة"، وإنما يتشارك أفراد المجموعة كلهم فى بطاقة ضريبية

واحدة لأغراض تقاضى الأجور. هكذا فإن انتماء المريض حسب بطاقة الضريبة سوف يتضمن كل مرضى هذه المجموعة بدلاً من أن يتضمن فقط المرضى الذين يرعاهم الأطباء المشاركون الفرديون، وهذا يعرض "منظمة الرعاية المسئولة" للمخاطر بسبب مرضى يراهم غالبًا طبيب لا يساهم فى أنشطة التكامل الإكلينيكى " لمنظمة الرعاية المسئولة" بما بها من مكافآت ومخاطر.

ومع ذلك فإن "تحالف بايلور للجودة" يلتزم بأهدافه من الجودة الأرقى للرعاية والتكاليف الأقل عمومًا وذلك عن طريق التكامل الإكلينيكى الفعّال، وهو حتى الآن قد حدد ثلاثة مجالات للفرص المتاحة للمدخرات المشتركة :

(١) تحسين استخدام الأدويّة العامة الجامعة **generic**، و

(٢) الإقلال لأدنى حد من إعادة الإذن بدخول المستشفى، حسب ما يمكن تجنبه،

(٣) الإقلال من إجراءات التصوير الراقى فى الحالات الشائعة لألم أسفل الظهر.

شكّل تحالف بايلور للجودة" أول عقد رسمى له فى ٢٠١٣ مع "خطة مزايا موظفى منظمة "مبرص". وهو أيضًا يشترك بنشاط فى النقاش مع خطط "مزايا الرعاية الطبية **Medicare**" والعديد من الخطط التجارية، وهو ينظر أساسًا أمر نماذج المدخرات المشتركة ونفقات "الدور الطبية المتمحورة على المريض".

أحد التحديات الأخرى المهمة التى واجهت "تحالف بايلور للجودة"، هى العثور على وسائل مأمونة وعملية للتشارك وتسجيل البيانات الضرورية من الناحية الإكلينيكية وناحية الأداء وذلك عبر نظم متعددة إلكترونية للتسجيل الصحى. على الرغم من أن كل أطباء "شبكة توفير الصحة لتكساس" يتشاركون فى نظام إلكترونى مشترك للتسجيل الصحى، فإن الكثيرين من الأطباء المستقلين فى "تحالف بايلور للجودة" يستخدمون أنظمة مختلفة. حتى يتغلب "تحالف بايلور للجودة" على

هذه العقبة شرع فى تنفيذ "تبادل للمعلومات الصحية" سيمكن كل المساهمين فى توفير الرعاية من أن يتشاركوا إلكترونيًا فى المعلومات الصحية عن مرضاهم، مثل نتائج الاختبارات، وأدوية العلاج، وحالات الحساسية ــ والتحصينات، وصور الأشعة، وإعطاء الموافقات. ينفذ التحالف أيضًا نظام برمجيات لتحليل صحة السكان سوف يربط بين السجلات الإلكترونية الطبية للمرضى الداخليين، وسجلات "شبكة توفير الصحة لتكساس"، و"تبادل المعلومات الصحية "، وبيانات المطالبة من المؤمّنين التجاريين المتعاقدين مع "منظمة مبرص"، والسجلات المالية لمنظمة "مبرص". هذه الترابطات الإلكترونية لازمة لإنتاج بيانات "قابلة للتفعيل" عن جودة الرعاية الصحية وتكلفتها على مستوى السكان.

اللوجستيات المالية "لمنظمة الرعاية المسئولة" هى جانب آخر من عدم اليقين يواجه "تحالف بايلور للجودة" وغيره من المنظمات المتنامية "للرعاية المسئولة". يظل مما لم يتقرر بعد ما إذا كان كل مساهم سيشارك بالتساوى فى المدخرات، أو ما إذا كانت المدخرات ستكون متناسبة مع مقدار ما يستثمره كل موفر للرعاية فى تكوين "منظمة الرعاية المسئولة". ربما يكون هناك أيضًا عدم اتفاق داخليًا فيما يتعلق بأنه يعتبر من الاستخدامات الملائمة للمدخرات المشتركة المحتملة؛ ربما ترغب المستشفيات فى استخدام المدخرات لتعويض النفقات المتعلقة بتكاليف العمليات، فى حين قد يرغب الأطباء فى شراء معدات طبية أو وسائل لإدارة الرعاية. وبالمثل لم تتقرر بعد طريقة لتوزيع الخسائر المحتملة عبر " منظمة الرعاية المسئولة"؛ بل لم يتقرر حتى ما إذا كان برنامج للتشارك فى المدخرات سيظل وحده قابلاً للبقاء ماليًا على المدى الطويل. ستظل هذه القضايا موضعًا للنمذجة، والنقاش، والصياغة على مستويات عديدة من حوكمة الرعاية الصحية أثناء اتخاذ وتنفيذ "نموذج الرعاية المسئولة".

مصادر تجنيد الأطباء والمصادر المرجعية، خاصة بالنسبة للمتخصصين من موفرى الرعاية، تفرض هى أيضًا التحديات. على الرغم من أن نماذج "الدور الطبية المتمحورة على المريض" ونماذج الرعاية الطبية Medicare "لمنظمة الرعاية المسئولة " تؤكد بوضوح على الرعاية الأولية، فإن وجود تنظيم أساسى مع المتخصصين أمر ضرورى لتنسيق رعاية المريض عبر كل الخط المتصل للرعاية. على الرغم من أن حوافز الأخصائيين للانضمام لمنظمة الرعاية المسئولة أقل وضوحًا مما بالنسبة لأطباء الرعاية الأولية، إلا أن الأخصائى الذى لا يُعترف بأنه بين "المفضلين" كموفر للرعاية سيخسر فيما يحتمل عددًا له قدره من الحالات المحولة. الأفراد المساعدون فى توفير الرعاية والإمداد قد يخسرون أيضًا مصادر للحالات المحولة إذا لم يَختاروا الانضمام "لمنظمة الرعاية المسئولة". وعلى نحو مقابل فإن "منظمات الرعاية المسئولة تحتاج لأعداد كافية من أطباء الرعاية الطبية الأولية والأطباء المتخصصين للخدمة فى المنطقة الجغرافية الواسعة لضمان قدرة المنظمات على توصيل الرعاية بجودة راقية لمجموعات المرضى السكانية التى تخدمها المنظمات عبر كل الخط المتصل للرعاية. وبالتالى، فإنه حسب ما يوجد من عوامل مثل مساهمة المجموعة فى السوق ووجود سلطة نافذة نسبيًا للتفاوض، سيكون لبعض المجموعات التخصصية حوافز أكثر مما لدى غيرها لتنضم إلى "منظمة الرعاية المسئولة".

"تحالف بايلور للجودة" واجه هذا الموقف عندما بدأ يجمع معًا شبكته من موفرى الرعاية. جمّع الآن "تحالف بايلور للجودة" شبكة تتضمن عددًا من الأخصائيين يُعتبر كافيًا لرعاية السكان الذين يخدمهم، ومع ذلك فإن التحالف مستمر فى تجنيد الأخصائيين وفى خدمة مناطق جغرافية لا يزال التوصل فيها إلى الرعاية مما يمكن تحسينه إلى حد له قدره. حاليًا يتركز الاهتمام على إضافة أطباء الأطفال، وكذلك على موفرى الرعاية والمنشآت التى تتخصص فى رعاية الحالات ما بعد الحادة.

مفهوم "منظمة الرعاية المسئولة" مفهوم تم اعتناقه قوميًا وكذلك فرديًا، باعتباره إطارًا واعدًا للتوصل لإنجاز "الهدف الثلاثى" لتحسين صحة السكان، وتحسين خبرة المريض بالرعاية، والإقلال من التكلفة محسوبة لكل فرد. تأسيس "تحالف (أو اتحاد) بايلور للجودة" يدل على الالتزام المستمر "لمنظمة "مبرص"، بتوفير الرعاية بطريقة "**ستيب**" للمرضى والمجتمعات الذين تخدمهم المنظمة. بنية "تحالف بايلور للجودة" وحوكمته تنتظم حول الاعتقاد بأن الجهود المسئولة" المبنية على الأدلة، والجهود الجماعية"، والتى فيها استعداد مسبق، جهود سوف تؤدى إلى نظام أفضل للرعاية الصحية؛ لأنها حقًا تتمحور على المريض. تكمن قوة ذلك فى تأسيس نظام قوى من اصطفاف المستشفى – الأطباء فى خط متسق، كما تكمن فى تاريخ طويل من تحسين الجودة، والتفانى فى توصيل الرعاية بطريقة "**ستيب**".

المراجع

1. Shortell, S. M., and L. P. Casalino. 2008. Health care reform requires accountable care systems. *JAMA* 300 (1): 95–97.
2. Fisher, E. S., M. B. McClellan, J. Bertko, S. M. Lieberman, J. J. Lee, J. L. Lewis, and J. S. Skinner. 2009. Fostering accountable health care: Moving forward in medicare. *Health Affairs* (Millwood) 28 (2): w219–w231.
3. Patient Protection and Affordable Care Act. P.L. 111–148. §4205, 2010.
4. Baylor Quality Alliance. Online at: http://www.baylorqualityalliance.com/Pages/home.aspx (accessed May 15, 2013).
5. Shortell, S. M., L. P. Casalino, and E. S. Fisher. 2010. How the center for Medicare and Medicaid innovation should test accountable care organizations. *Health Affairs* (Millwood) 29 (7): 1293–1298.
6. Berwick, D. M., T. W. Nolan, and J. Whittington, The triple aim: care, health, and cost. *Health Affairs* (Millwood) 27 (3): 759–769.
7. Agency for Healthcare Research and Quality. 2011. State snapshots. Online at: http://statesnapshots.ahrq.gov/snaps11/ (accessed May 15, 2013).
8. Porter, M. E. 2010. What is value in health care? *New England Journal of Medicine* 363 (26): 2477–2481.
9. Porter, M. E., and E. O. Teisberg. 2006. *Redefining health care: Creating value-based competition on results.* Boston, MA: Harvard Business Press.
10. Kaplan, R. S., and M. E. Porter. 2011. The big idea: How to solve the cost crisis in health care. *Harvard Business Review* 89 (9): 46–52, 54, 56–61.
11. Couch, C. E. 2012. Why Baylor Health Care System would like to file for Medicare Shared Savings accountable care organization designation but cannot. *Mayo Clinic Proceedings* 87 (8): 723–726.
12. Patient-Centered Primary Care Collaborative. Joint Principles of the Patient-Centered Medical Home. Online at: http://www.pcpcc.net/content/joint-principles-patient-centered-medical-home (accessed May 15, 2013).
13. National Committee for Quality Assurance. *Accountable Care Organization Accreditation.* Online at: http://www.ncqa.org/Programs/Accreditation/AccountableCareOrganizationACO.aspx (accessed May 15, 2013).
14. ABIM Foundation. Choosing wisely®. Online at: http://www.choosingwisely.org/ (accessed May 15, 2013).

الفصل الثامن والعشرون

معهد الصحة والعافية لمرضى السكرى

نموذج "نيران النجاة" للرعاية بطريقة "ستيب"

جون ب. ماك هورتر III، وبول كونفرى، وتشارلز إ. بل

مقـدمة

يقع "معهد صحة وعافية السكرى" فى مركز استجمام جوانيتا ج. كرافت فى القطاع الجنوبى من تكساس، وقد تم إنشاء المعهد كنموذج كلى للعدالة الصحية فى الرعاية، هدفه لا يقتصر على الوفاء بالاحتياجات الإكلينيكية لمجموعة سكان تنال طبيًّا خدمة أقل مما ينبغى، وإنما يوفر المعهد أيضًا تدخلات مستهدفة تدعم تعديل العافية والسلوك، وهدفها النهائى تحسين طريقة إدارة أمر المرض، وتحسين الصحة، وجودة الحياة. المعهد مشاركة تعاونية بين منظمة "مبرص" و"بلدية مدينة دالاس" ومجموعة مجتمعية محلية (تتكون من مدارس وكنائس وقواد مجتمع، وهيئات بيزنس محلية). يمثل المعهد حلاً غير تقليدى لأزمة لا يمكن حلها باستخدام مقاربات تقليدية – حل "نيران النجاة"، وهو حل دعا إليه، بعض الخبراء للتعامل مع أزمات لنظام رعاية صحية تكتنفه أخطاء طبية، ومعلومات غير متسقة تثير البلبلة، ونقص فى الوعى الشخصى، ورعاية متشظية.(1)

يوجد بين مصطلحات مكافحة الحريق، مصطلح "نيران النجاة" ويعنى أن رقعة من الأرض تُشعل بالنيران عن عمد لتوفير ملجأ من حريق مقترب. اكتسب هذا التكنيك شهرته فى أعقاب الحريق الهائل فى ١٩٤٩ فى غابة هيلينا القومية فى

"مان جلش" بولاية مونتانا، عندما عجز مظلى الإطفاء ر. واجنر، المسمى "المراوغ المتأرجح"، عن أن يتحكم فى الحريق الهائل المتأجج أو أن يتجاوزه، فكان عليه أن يبتكر حلاً لإنقاذ حياته : فأشعل ثقابًا وأوقد به النار فيما أمامه من الحشائش، وشكل بذلك منطقة عازلة ملائمة كبديل مؤقت استطاع فى نطاقها أن ينتظر فى أمان بينما تحترق النيران الرئيسية من حوله. نجا واجنر من أزمته بدون أى أذى واقعيًا، إلا أن أفراد فريقه إما أنهم عجزوا عن سماع تعليماته أو لم يشاءوا أن يثقوا فى إنقاذ حياتهم بمنطقة يتم حرقها، فكان أن هلك معظمهم، وتغلبت النيران الهائجة على ١٣ من ١٥ فردا من الفريق وماتوا. تصوير أوصاف تكنيك نيران النجاة يرجع وراء على الأقل إلى رواية جيمس فنيمور كوبر فى ١٨٢٧ وعنوانها "البرارى"، وقد أصبح المصطلح حديثًا جدًا استعارة مجازية لنوع الحل المطلوب لحل أزمة الرعاية الصحية فى الولايات المتحدة كما ورد بالكتاب الوثائقى فى ٢٠١٢ المعنون " نيران النجاة : النضال لإنقاذ الرعاية الصحية الأمريكية".[٢] يتم فى هذا الكتاب الوثائقى تصوير نيران النجاة لإنقاذ الرعاية الصحية على أنها تتكون من مدخل سهل غير مقيد إلى الرعاية، والاعتماد على أفضل ما يتاح من العلم، وتركيز الاهتمام على علاقات الشفاء[١]:

تحسين العدالة فى رعاية السكرى :

المبادرة الصحية للقطاع الجنوبى

التزام منظمة "مبرص" بتحسين عدالة الرعاية الصحية يتضمن الجهود لإزالة التباين فى سهولة التوصل للرعاية الصحية، وتوصيلها، ونتائجها. وافق "مجلس أمناء منظمة (مبرص)" فى ٢٠٠٦ على المبادرة الصحية للقطاع الجنوبى باعتبارها أول مشروع للمنظمة لتحسين العدالة الصحية.[٣]

مقاطعة دالاس هى ثانى أكبر مقاطعة فى تكساس، ويبلغ عدد سكانها ٢،٤ مليون، وفيها انتشار مرتفع للسكرى، يتجاوز المعدلات لكل من الولاية والمستوى القومى (١١،٤ % بالمقارنة بنسبة ٩,٦% فى تكساس و ٨,٣% على النطاق القومى[٤]). توجد تفاوتات لها قدرها اقتصاديًا، واجتماعيًا، وصحيًا داخل المقاطعة، ويحتوى القطاع الجنوبى على مناطق تعوزها الموارد بقدر له أهميته. جنوب دالاس فيها أقل دخل بالنسبة للفرد الواحد (١٣٤٠٠ من الدولارات) وأعلى معدل بطالة فى المقاطعة (١٣,١%).[٤] عبء نسبة السكرى العالية فى دالاس يتوزع بغير تناسب بين مجموعات المجتمع فى مقاطعة دالاس الجنوبية. ينقص مرضى السكرى التوصل بدرجة كافية للخدمات الصحية، والبيئات الآمنة، والأطعمة الصحية، ولديهم أعلى معدلات من مضاعفات السكرى القصيرة المدى والطويلة المدى، وبتر الأطراف السفلى، والسكرى غير المتحكم فيه. حالات السكرى أو الحالات المتعلقة بالسكرى هى السبب فى ٣٠ فى المائة من الإذن بدخول المستشفى وقسم الطوارئ فى "المركز الطبى لجامعة بايلور"؛ المقيمون فى دالاس الجنوبية يشكلون أكبر نسبة من دخول هذه الحالات للمستشفى.

حدد أحد تشكيلات أداء المهام فى المبادرة الصحية للقطاع الجنوبى أن جيرة "فرازير" فى جنوب دالاس هى مجموعة المجتمع التى لديها أكبر حاجة لتحسين العدالة الصحية. قرر هذا التشكيل أيضًا أن تنفيذ نموذج جديد للرعاية يركز الاهتمام على إدارة السكرى سيكون له أكبر تأثير عمومًا فى تحسين الصحة والعافية فى المجتمع. وضع التشكيل القائم بالمهمة الخطوط الخارجية لنموذج كلى للعدالة الصحية لا يقتصر فقط على أن يفى بالاحتياجات الإكلينيكية للمقيمين المتعلقة بالسكرى، ولكنه أيضًا يطبق التثقيف الصحى والإستراتيجية المبنية على الأدلة لتحسين صحة السكان.[٥] الجزء المركزى سيكون مركزًا ممتازًا لعلاج

السكرى وتوقيه ويعمل فى تناسق مع الشركاء من المجتمع التعزيز التثقيفى، والصحة العامة، والتنمية الاقتصادية، والمبادرات الصحية المبنية على الإيمان فى نطاق هذه المجموعة من المجتمع ذات القابلية الأكثر للمرض.

معهد صحة وعافية السكرى :

نموذج جديد للوقاية من المرض وإدارته

اتباعًا لاقتراح "المبادرة الصحية للقطاع الجنوبى" بإنشاء مركز محلى ممتاز لرعاية السكرى، تألفت مشاركة بين منظمة "مبرص" و"بلدية مدينة دالاس" لتحويل مركز استجمام موجود من قبل إلى أول منشأة، والمنشأة الوحيدة، فى المنطقة المخصصة لرعاية وعافية السكرى. فى يونيو ٢٠١٠ فتح "معهد رعاية وعافية السكرى" أبوابه. مهمة المعهد هى أن يحسن الرعاية وينقذ حياة الأفراد المصابين بالسكرى بأن يخلق نموذج رعاية جديدًا يركز على الرعاية الصحية، والتثقيف، والأبحاث. مركز الاستجمام سمى على ناشطة مجتمع محبوبة فهو مركز استجمام جوانيتا ج. كرافت، وقد خدم الجيرة لعقود سابقة من السنين كمكان موثوق به عند الأفراد والعائلات. يوفر المركز أساسًا عمليًا لجهود المعهد الجديد لدعم التعاون بين أصحاب المساهمة فى المجتمع وتحسين النتائج الصحية للأفراد. والعائلة، والمجتمع.

"معهد رعاية وعافية السكرى" يوفر مقاربة شاملة للوقاية من السكرى وإدارة حالاته بأن يوفر التوصل بسهولة لخدمات الرعاية الصحية الإكلينيكية، كما يوفر منشأة للاستجمام، والتثقيف الصحى، ومصفوفة من برامج العافية. أول جزء من نموذج هذا المعهد (شكل ١،٢٨) يمثل مفهوم مركز ممتاز فى رعاية السكرى تدفعه ثلاث قدرات جوهرية :

(١) وقاية أولية تركز على تحديد وإزالة العقبات للصحة والعافية، و

(٢) وقاية ثانوية تركز على الأفراد الذين شخصت إصابتهم بالمرض وتوقى المضاعفات المتعلقة بالسكرى، وكذلك الأمراض المزمنة الأخرى. و

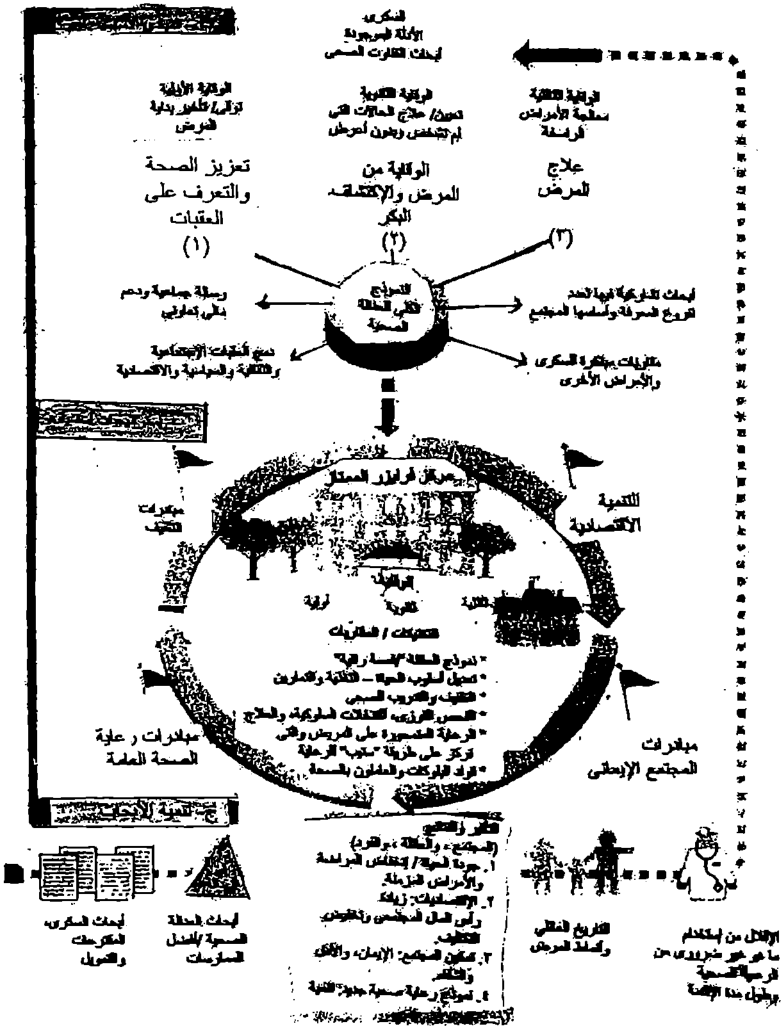
(٣) تدخلات وقائية ثالثية تصمم لتوفير العلاج للأفراد المصابين بحالات سكرى راسخة وتتعلق بالمراضات المشتركة.[٦] يهدف "معهد صحة وعافية السكرى" إلى التوصل لهذه الأهداف من الوقاية عن طريق التزامه بأربعة مبادئ أساسية:

(١) أداء رسالة جماعية والدعم المالى التعاونى؛ و

(٢) مقاربات مبتكرة لرعاية السكرى والحالات التى لها علاقة به؛ و

(٤) دمج الأبحاث ذات فروع المعرفة المتعددة، والمبنية على المجتمع لفهم احتياجات المجتمع.

الجزء الثانى من نموذج "معهد رعاية وعافية السكرى" فيه تفاصيل التعاون بين المعهد والشركاء فى المجتمع لدعم وتنفيذ التثقيف، والصحة العامة، والمبادرات المبنية على الإيمان التى تدعم الصحة والعافية، وكذلك أيضًا التدخلات الإكلينيكية. إحدى بؤر الاهتمام المهمة فى هذه المشاركات المجتمعية هى تمكين الأفراد والعائلات التى لديها سكرى أو تتعرض لمخاطره، وذلك عن طريق التثقيف والتدريب، والموارد الضرورية لاتخاذ القرار والمشاركة فى السلوكيات التى تؤثر إيجابيًا فى صحتهم. الإدارة الذاتية الفعالة للحالة خطوة مهمة لتحسين النتائج المتعلقة بالسكرى وجودة الحياة.[٧]



(شكل ١،٢٨)

نموذج معهد صحة وعافية السكرى لرعاية مرضى السكرى والأمراض المزمنة.

الجزء الثالث من النموذج يعين التنمية وفرص الأبحاث التى تولدها النتائج المؤثرة فى المجتمع والعائلات والأفراد. لا يقتصر أمر هذا النموذج الكلى لرعاية السكرى على أنه يستطيع فقط تحسين دعم الصحة وتوقى المرض، وإنما هو يستطيع أيضًا تحسين الاقتصاد، وتمكين المجتمع، وجودة الحياة بالنسبة للعائلات والأفراد. إجراء طريقة مقاربة فيها استعداد مسبق للتشخيص وإدارة المرض وتتضمن استخدامًا يتزايد لاختبارات الفحص الفرزى للاكتشاف المبكر والعلاج، هو إجراء يمكن أيضًا أن يقلل استخدام ما هو غير ضرورى من الرعاية الصحية وطول مدة الإقامة فى المستشفى. نتائج نموذج "معهد صحة وعافية السكرى" تساهم أيضًا فى كيان المعرفة اللازم لإرشاد أبحاث السكرى فى المستقبل، ويطرح الإقتراحات للتمويل الخارجى، ويثبت أهمية أفضل الممارسات لأبحاث العدالة، ويدعم اكتشاف أنماط المرضى. هذه المعلومات تساهم فى أبحاث التفاوت الصحى وتمكّن من المقاربات المبتكرة فى الرعاية الأولية والثانوية والثالثية لتتم تنمية هذه المقاربات واستخدامها فى المستقبل لاكتشاف ومعالجة السكرى وغيره من أمراض الإعاقة(٦).

تنظيم ومنشآت "معهد صحة وعافية السكرى"

استثمرت منظمة "مبرص" ١٥ مليونًا من الدولارات فى "معهد صحة وعافية السكرى"، أضيف إليها مليونا دولار منحتهم بلدية دالاس. يتضمن المعهد حاليًا عيادة صحية ذات مستوى تكنولوجى رفيع يعمل فيها طبيب ممارس للعائلة وممرضة ممارسة، ومساعدون طبيون، ومنسق لتحويل الحالات للرعاية المتخصصة والداعمة. يوظف المعهد بالإضافة لذلك متقفين مؤهلين للسكرى، وأخصائى فيزيولوجى للتمارين، ومثقفين صحيين، وذلك لدعم عافية الأفراد والمجتمع والتثقيف الصحى. لاستكمال فريق الرعاية من أجل الاهتمام بالصحة

العقلية والروحية لأعضائنا، يوظف أيضًا للمشاركة فى الخدمات أخصائيًا اجتماعيًا إكلينيكيًا مرخصًا ورجل دين يعمل طول الوقت. الفريق كله معًا يساعد فى نسيج الوقاية من السكرى فى النسيج الاجتماعى للجيرة، بحيث يكون جزءًا متكاملاً من حياة المجتمع. المعهد يساعد الأعضاء أيضًا فى الحصول على أدوية يمكن تحمل تكلفتها، ويستضيف فصولاً للتغذية والطهى الصحى تؤدَّى بالإنجليزية والأسبانية، وبرامج للتمرينات (تشمل عيادات للجرى والمشى، والتدريب على الوزن)، وفيه أنواع شتى من برامج الاستجمام يديرها "منتزه دالاس" و"قسم الاستجمام".

الأنشطة اليومية للصحة والعافية "بمعهد صحة وعافية السكرى" يشرف عليها رئيس وثلاثة موظفين تنفيذيين رئيسيين : مدير طبى، ونائب رئيس للبرامج التثقيفية، ونائب رئيس لتنمية البيزنس" والماليات. هناك مجلس مديرين للمعهد، ومجلس مجتمعى استشارى، ومجلس كنسى استشارى، تأسست لضمان أن تنظيم المبادرات فى صف متسق مع احتياجات المجتمع وقيمه الاجتماعية، والاقتصادية، والروحية.

المبادرات لتحسين صحة وعافية السكرى وخبرة رعاية المريض

مجموعة فرازير بالمجتمع هى وجنوب دالاس يواجهان عددًا من العقبات لتشخيص السكرى والتحكم فيه بفعالية. أُجرى تقدير لاحتياجات المجتمع مبنى على منهج المسح فكشف عن أن أكثر من ٥٧ فى المائة من المجيبين يعتقدون أن تاريخهم العائلى عن السكرى يجعل إصابتهم بالمرض "محتومة". التعامل مع السكرى بالنسبة للكثيرين من هؤلاء السكان يعنى الانتظار حتى تقع أزمة ثم الدخول إلى "المركز الطبى لجامعة بايلور" عن طريق قسم الطوارئ. السكان فى المجموعة المجتمعية ينقصهم أيضًا الوعى والمعرفة حول توقى وإدارة أمر

السكرى. نفذ "معهد صحة وعافية السكرى" عددًا من المبادرات لزيادة سهولة التوصل للرعاية الأولية وللدعم العام للصحة والعافية مع شدة التأكيد على المشاركات المجتمعية لتساعد على توفير ما يلزم من تثقيف ودعم.

إشراك العاملين بصحة المجتمع :

"البرنامج الإيمانى للسكرى" بيرز، PEERS"

هناك برامج ناجحة لسد ثغرة التفاوتات الصحية التى لها علاقة بالسكرى فى مختلف مجموعات السكان العرقية والإثنية، وهى برامج مبنية على تقوية الروابط بين موفرى الرعاية وأعضاء المجتمع الذين يخدمونهم. أخذ يبزغ كيان من الأدبيات يبدو أنه يدعم الدور الفريد للعاملين بصحة المجتمع – ويُعرفون أيضًا بأنهم أنصار صحة المجتمع، والعاملين بالصحة من غير المتخصصين، والداعمين، ونظراء متثقفى الصحة – وهم يقومون بهذا الدور الفريد فى تقوية ما يوجد من شبكات للرعاية فى المجتمع، ويوفرون لأعضاء المجموعة المجتمعية الدعم الاجتماعى والتثقيف ويسهلون التوصل للرعاية.(٨) إشراك وتدريب هؤلاء العاملين بصحة المجتمع جزء متكامل من رسالة "معهد صحة وعافية السكرى" منذ بدايته، وذلك للإقلال من تفاوتات السكرى وتحسين صحة السكان.

عند تنمية المعهد لنموذج العاملين بصحة المجتمع لنشره فى مجموعة فرازير المجتمعية، استفاد المعهد من خبرة منظمة "مبرص" فى إشراك العاملين بصحة المجتمع كجزء من "مشروع العدالة للسكرى" (انظر الفصل١٨). يجتمع مع هذه الخبرة معرفة أن مجموعات السكان ذات الغالبية بين الأمريكيين الأفارقة والهسبانا والذين يخدمهم المعهد ينظرون إلى الكنائس كأعمدة للمجتمع ومصادر موثوق بها للمعلومات، مما أدى إلى نشأة البرنامج الإيمانى "بيرز PEERS" للسكرى، و"بيرز" هى اختصار يتكون من الحروف الأولى للكلمات الإنجليزية،

(التثقيف) Education، (التمكين) Empowerment، (الوقاية) Prevention، (الدعم) Support، (الموارد) Resowers. يشرك هذا البرنامج أعضاء الكنائس كعاملين بصحة المجتمع ليوفروا للمجتمع التثقيف والدعم فى توقى السكرى وإدارة أمره. فى السنة المالية ٢٠١٠ ساعد هذا البرنامج أعضاء ٣٨ كنيسة محلية فى جنوب دالاس على استكمال شهادة الولاية المعتمدة لبرنامج تدريب للعاملين بصحة المجتمع والحصول على شهادة معتمدة من وزارة الخدمات الصحية بتكساس.(٩) هؤلاء المؤهلون فى برنامج "بيرز" يقومون الآن بتوفير أنشطة وبرامج التثقيف والوعى فى كنائسهم. وهم يحيلون الأعضاء المنتمين لرعاية كنائسهم الذين يسعون لتحسين صحتهم والإدارة الذاتية لمرضى السكرى، فيحولونهم إلى "معهد صحة وعافية السكرى".

تنسيق الرعاية حول المريض كله

نموذج "معهد صحة وعافية السكرى" لإدارة الأمراض المزمنة يُعد مقاربة كلية تهدف لتدبير أمر احتياجات المرضى الوجدانية، والسلوكية، والروحية، وكذلك احتياجات صحتهم البدنية. الرعاية الشخصانية ينسقها فريق رعاية للسكرى يشمل طبيب الرعاية الأولية، وممرضات ومثقفين للسكرى، وعاملين بصحة المجتمع، وقسيسًا وأخصائيين اجتماعيين وأخصائيين للتمارين. المرضى الذين يعيشون فى منطقة جغرافية مستهدفة يخصص لهم شريك صحى، مثقف للسكرى مدرب، لإرشادهم خلال رحلتهم تجاه الصحة الجيدة. يكمل المرضى تقييمًا للمخاطر الصحية ويُجرى لهم اختبار بنقطة رعاية لتقييم مستويات التحكم فى سكر الدم، وضغط الدم المرتفع، والدهنيات، والسمنة. هذا التقييم يوفر ميكانزم للفرز لتخصيص الأفراد مع موفرى الرعاية الملائمين تخصيصًا مبنيًا على مستوى مخاطر السكرى لديهم. الأفراد المعرضون لمخاطر عالية يحولون إلى طبيب رعاية أولية فى "معهد صحة وعافية السكرى"، أو إلى طبيبهم للرعاية الأولية

الخاص بهم إن كان لديهم واحد منهم. الشريك الصحى يساعد المريض على اختيار ودرج اسمه فيما بالمعهد من تثقيف وكذلك ما يختص بالاستشارات، وبرامج التدريبات المصممة لتحسين الصحة والعافية عمومًا. تعلّم هذه البرامج مهارات ذات علاقة "بالجمعية الأمريكية لمثقفى السكرى" وما فيها من السلوكيات السبع للرعاية الصحية " الأكل الصحى، والحفاظ على النشاط، والمتابعة، وتعاطى الدواء، وحل المشاكل، والإقلال من المخاطر، والتغلب على المصاعب الصحية.[١١]

استخدام نظم إدارة بيانات المريض التى توفر سهولة الوصول فى الوقت المناسب للمعلومات حول الأفراد وتجمعات مجموعات المرضى السكانية، أمر مهم لتوفير رعاية وإدارة متسقة للأمراض المزمنة وللإثبات العملى لفعالية نموذج الرعاية.[١١] يستخدم "معهد صحة وعافية السكرى" شبكة للسكرى على ويب، أو ديا ويب، **Dia Web**"[١٢] وهى وسيلة لإدارة أمر السكرى والأمراض المزمنة مبنية على شبكة ويب، ويستخدمها المعهد لجمع ومتابعة مسار المعلومات حول مخاطر صحة المرضى، والسلوكيات الصحية، والنتائج الإكلينيكية، وجودة الحياة. يوفر هذا النظام أيضًا القدرة على إقامة وإدارة أهداف لتغير السلوك تدور حول الإدارة الذاتية للسكرى كما تعرّفها "الجمعية الأمريكية لمثقفى السكرى". يدعم النظام اتساق الرعاية التى يتلقاها المرضى من أى عضو فى فريق الرعاية ويساعد المريض على التوصل إلى نتائج تحسين للصحة.

تحسين سهولة الوصول لخيارات الطعام الصحى

عن طريق منصة بيع أسبوعية لمنتجات المزارع

العجز عن التوصل إلى الطعام الصحى عامل أساسى فى الإسهام فى التفاوتات الصحية والمشاكل الصحية فى المجتمعات ذات الدخل المنخفض.[١٣]

الناس الذين يعيشون فى جيرة ليس بها توصل سهل لمتاجر بقالة، أو يعيشون فى "صحراوات الطعام"، يقل احتمال حصولهم على أغذية صحية، وبالتالى يزيد تعرضهم لمخاطر الأمراض المتعلقة بالتغذية بما فى ذلك ارتفاع ضغط الدم. والسرطان، والسكرى. تدخل مناطق كثيرة من جنوب دالاس فى نطاق هذه الصورة. منذ افتتاح معهد صحة وعافية السكرى فى يونيو ٢٠١٠، وهو يقيم منصة أسبوعية لبيع منتجات مزارع تقدم للسكان فواكه وخضروات طازجة بتكلفة منخفضة لمواجهة نقص سهولة توصلهم لخيارات الطعام الصحى. معظم صنوف الطعام مغلفة مسبقًا وتُباع بدولار واحد. يزور منصة المزارع أسبوعيًا ما يقرب من ١٠٠ من الأفراد من المجتمعات ومقار البيزنس المجاورة؛ تُجمع وتُقيد المعلومات المتعلقة بما يشتريه الأفراد. يصل إجمالى المبيعات إلى ٥٠٠ دولار لكل أسبوع، بما يرجع حسابه إلى ما يقرب من نصف طن من المنتجات المباعة. كامتداد لفصول المعهد للتغذية والطهى ينشئ المعهد ويجهز الوصفات ومعها عينات تذوق للعملاء الدائمين للمنصة.

التشارك والتعاون

المجموعات الاستشارية والكنائسية لمجتمع "معهد صحة وعافية السكرى"، وكذلك مختلف التشاركات والتحالفات الإستراتيجية، كلها تفيد فى إنشاء برامج مصممة لإشراك أعضاء المجتمع فيما يخصهم من رعايتهم الصحية وعافيتهم عمومًا. مشاركة "معهد صحة وعافية السكرى" مع "بلدية دالاس" توفر للمساهمين سهولة التوصل إلى برامج وأنشطة للاستجمام بتكلفة منخفضة أو بدون تكلفة. يتشارك المعهد أيضًا مع "جمعية الشبان المسيحيين " فى مجمع مدينة دالاس وفى برنامجها للتمارين المائية من نوع "الأيروبيك، **Aerobics**، موسعًا بذلك خيارات النشاط البدنى المتاحة لأعضاء المجتمع.

في ٢٠١١، وحّد المعهد الجهود مع " المجموعة الأمريكية لرعاية المجتمع"، وبرنامج رعاية بإدارة "المعونة الطبية، **Medicaid**"، وكذلك مع شركاء آخرين في المجتمع لإجراء مشروع "لفهم العائلات للتغذية" وذلك لتحسين الصحة والسلوكيات الصحية عند الأطفال من سن ٦ إلى ١١ سنة.

التحديات والفرص

جُمعت البيانات حتى ٣١ مارس ٢٠١٣ عن المساهمين في "معهد صحة وعافية السكرى" الذين شخصوا كحالات مصابة بالسكرى، وتدل البيانات على أن هؤلاء الأفراد قد خبروا تحسنًا بسيطًا في الإيفاء بالمعايير الموصى بها لرعاية السكرى. (انظر جدول ١،٢٨).[١٤]

المعهد يوفر حاليًا خدمات رعاية وبرامج عافية لما يقرب من ١٥٠٠ مشترك نشط. من بين هؤلاء المشتركين هناك ٦٤ في المائة عرضة لخطر الإصابة بالسكرى إن لم يتم اتخاذ تغيرات علاجية في أسلوب الحياة. نسبة الستة والثلاثين في المائة الآخرين مصابون حاليًا بالسكرى. توجد فرصة هائلة لتقديم تدخلات للصحة والعافية يمكن أن تقلل أو تتخلص من عبء المرض عند الكثيرين من سكان المجتمع ممن سبق أن كانت الخدمات التي ينالونها أقل مما ينبغي. هكذا لا تزال توجد أيضًا تحديات أخرى.

(جدول ٢٨،١)

المساهمون النشطون فى "معهد صحة وعافية السكرى " ممن أنجزوا الخطوط الإرشادية لرعاية السكرى، من يونيو ٢٠١٠ حتى مارس ٢٠١٣

- هيموجلوبين "AIc" (< ٧٠%) ن = ٧٤٢		
	واف	غير وافى
خط القاعدة	١٢%	٨٨%
المتابعة	٣٠%	٧٠%
- ضغط الدم (< ١٣٠/٨٠ مم زئبق) ن = ٧٤٢		
خط القاعدة	١٣%	٨٧%
المتابعة	١٦%	٨٤%
- الكولسترول بالبروتينات الدهنية منخفضة الكثافة "LDL" (< ١٠٠ مجم/١٠٠سم٣) ن = ٧٤٢		
خط القاعدة	١٠%	٩٠%
المتابعة	١١%	٨٩%

ملحوظة : المساهمون المعروضة حالاتهم أعلاه قد شخصوا بإصابتهم بنوع ٢ من السكرى وأدرجوا فى برامج العلاج "بمعهد صحة وعافية السكري" لمدة سنة واحدة. متوسط المدة الزمنية بين خط القاعدة وقياسات المتابعة كان ٩ شهور.

من حيث جانب المزايا، فإن مفهوم أن يكون المرضى واعين بشأن صحتهم الخاصة ومسئولين عنها لهو مفهوم محورى فى رسالة "معهد صحة وعافية السكرى" لتحسين الصحة من خلال التشارك والتمكين. إلا أن هذا المفهوم لا يتفق مع طريقة إدراك الرعاية الصحية وتوصيلها فى أجزاء كثيرة من هذا البلد بما فيها جنوب دالاس. من الصعب لأقصى حد جعل الأفراد ملتزمين بصحتهم وتحقيق

نموذج للرعاية الصحية يؤكد على الكثير من نقط الرعاية، والإدارة الذاتية للمرض المزمن، وتوقى الورطات السريعة. يتطلب ذلك تغييرًا فى المواقف الثقافية، خاصة فى المجتمعات التى نالت تاريخيًا خدمة منقوصة. الاشتراك المتواصل مع المجتمع الإيمانى المحلى وغيره من المجتمعات المشاركة ضرورى لجهود "معهد صحة وعافية السكرى" لمواجهة هذا التحدى.

صعوبة إجراءات إدراج المرضى ووجود نسبة عالية من السكان غير المؤمّن عليهم تفرض تحديات إضافية لرسالة "معهد صحة ورعاية السكرى" وللجهود لزيادة المشاركات. الأفراد الذين ينضمون إلى المعهد يَطلب منهم مقدمو الرعاية الملحقون " بشبكة توفير الصحة لتكساس" ملء استمارة تكشف عن أحوالهم، ووثائق أخرى. كثيرًا ما ينقص السكان الوعى بحقهم فى خدمات "المعونة الطبية، **Medicaid**" وغيرها من الخدمات الحكومية. المرضى الذين لهم احتياجات طبية تقع خارج مجال معهد "صحة وعافية السكرى"، مثل رعاية الأسنان، يحولون إلى عيادات متخصصة، حيث يمكن أن تفرض الأجور والوثائق المطلوبة عقبات إضافية. الكثيرون ممن لا يتأهلون "للمعونة الطبية"، يكافحون لدفع فواتيرهم الطبية، وهكذا فإنهم يكونون غير راغبين أو متوجسين بشأن السعى للرعاية ويوظف "معهد صحة ورعاية السكرى" مجموعة استشارية قانونية لمساعدة أعضاء المجتمع فى الإبحار فى هذه التعقيدات. هؤلاء المستشارون متاحون فى الموقع المناسب يومًا واحدًا من كل أسبوع لمساعدة المرضى فى تقديم الطلبات لمختلف برامج العون الحكومى التى قد تساعد فى توفير الرعاية لهم.

على الرغم من أن التحديات واضحة، إلا أن المزايا الممكنة "لمعهد صحة وعافية السكرى" مزايا كبيرة. يوفر المعهد نموذجًا عمليًا للعمل يبين الطريقة التى يمكن بها للمشاركات المجتمعية، والتثقيف، وفرق الرعاية التى تتداخل فيها فروع

المعرفة، وممارسات الرعاية الكلية، أن توجّه كلها للعمل على تحسين إدارة الأمراض المزمنة، وصحة السكان، وتوفير الفرص للأبحاث المتعلقة بالعدالة الصحية وأفضل الممارسات.

المعهد عن طريق جمعه المتطور المستمر للمعلومات وجهوده للتقييم، سيتمكن من تقدير مدى فعالية تدخلاته وأن يوفر الدروس التعليمية للمجتمعات عبر المقاطعة، والولاية، والدولة التى تجاهد كلها لتقليل التباينات الصحية وتحسين النتائج الصحية. "معهد صحة وعافية السكرى" يجسد التزام منظمة "مبرص" بالرعاية العادلة والمسئولة وتحسين صحة المجتمع فيما يتجاوز جدران المستشفى.(١٥) فى الوقت الذى تحلّق فيه عاليًا نفقات الرعاية الصحية، بما يزيد من صعوبة التوصل للرعاية، ومع ما يتكرر من خفض قيمة احتياجات المريض، إلا أن نموذج "معهد صحة وعافية السكرى" يطرح حلاً ممكنًا لمشكلة عسيرة – أنه "نيران النجاة" وحبل إنقاذ حقيقى للحياة.

المراجـع

1. Berwick, D. M. 2002. Escape Fire: Lessons for the Future of Health Care. *The Commonwealth Fund.*
2. *Escape fire: The fight to rescue American healthcare.* DVD, directed by Matthew Heineman and Susan Froemke (2012; Aisle C Productions & Our Time Projects, 2013).
3. Baylor Health Care System. Diabetes Health and Wellness Institute. [Online at: http://www.baylorhealth.edu/COMMUNITYOUTREACH/Pages/DiabetesHealthand-WellnessInstitute.aspx (accessed May 15, 2013).
4. Edwards, J., Pickens, S., Schultz, L., Erickson, N., Dykstra, D. 2012. Horizons:The Dallas County Community Health Needs Assessment.Online at: http://www.dallas-county.org/department/hhs/documents/FINALCHNA.pdf (accessed April 10, 2013).
5. Rice, D., T. M. Bain, A. Collinsworth, K. Boyer, N. S. Fleming, and E. Miller. 2012. Effective strategies to improve the management of diabetes: Case illustration from the diabetes health and wellness institute. *Primary Care* 39 (2): 363–379.
6. Rice, D., B. Kocurek, and C. A. Snead. 2010. Chronic disease management for diabetes: Baylor Health Care System's coordinated efforts and the opening of the Diabetes Health and Wellness Institute. *Proceedings (Baylor University Medical Center)* 23 (3): 230–234.
7. Centers for Disease Control and Prevention. 2005. *National diabetes fact sheet: General information and national estimates on diabetes in the United States.* Atlanta: CDC.
8. Centers for Disease Control and Prevention (Division of Diabetes Translation). Community health workers/promotores de salud: Critical connections in the communities. Online at: http://www.cdc.gov/diabetes/projects/pdfs/comm.pdf (accessed April 10, 2013).
9. Texas Department of State Health Services. Community Health Worker Training and Certification Program. Online at: http://www.dshs.state.tx.us/mch/chw.shtm (accessed April 10, 2013).
10. American Association of Diabetes Educators. AADE7™ self care behaviors. Online at: http://www.diabeteseducator.org/ProfessionalResources/AADE7/ (accessed April 10, 2013).
11. Improving Chronic Illness Care. The Chronic Care Model. Online at: http://improving-chroniccare.org/index.php?p =The_Chronic_Care_Model&s = 2 (accessed November 18, 2010).
12. Chiron Data System Inc. 2010. DiaWEB Chronic Disease Management software summary. Online at: http://www.chirondata.com/documents/DiaWEB%20 Summary_6_2010.pdf (accessed May 15, 2013).
13. Satia, J. A. 2009. Diet-related disparities: Understanding the problem and accelerating solutions. *Journal of the American Dietetic Association* 109 (4): 610–615.
14. Standards of medical care in diabetes—2012. *Diabetes Care* 35 (Suppl 1): S11–S63.
15. Baylor Quality Alliance. Online at: http://www.baylorqualityalliance.com/Pages/home.aspx (accessed January 8, 2013).

الفصل التاسع والعشرون

ختـــام

نيل س. فليمنج، ودافيد ج. بالارد

رسالة منظمة "مبرص" هى أن "يُوثق بها كأفضل مكان يتم فيه منح وتلقـى رعاية صحية آمنة وذات جودة وتعاطف". هذا الهدف مما يصعب إنجـازه، وهـو بمعنى ما لا يمكن أبدًا أن يعد أنه قد اكتمل وتوضع أمامه علامة فى قائمـة " مـا ينبغى تأديته" بأنه قد روجع وتم بصواب. بدلاً من ذلك، فإنه مـع مـا ينـشأ مـن تطورات جديدة فى توصيل الرعاية الصحية والتكنولوجيا الطبية وسياسة الرعايـة الصحية، يصبح هذا الهدف وكأنه قوائم مرمى للكرة ترتد باستمرار، وهـو علـى نحو يثير السخرية لا يمكن التوصل له إلا بمتابعتـه متابعـة مـستمرة. منظمـة "مبرص" مع أنها قد قطعت خطوات كبيرة تجاه سد الثغرة بين أدائها ورسالتها، إلا أن رحلة "**ستيب**" للجودة لن تنتهى أبدًا، وذلك ببساطة لأن "أفضل" مـا فـى الغـد لا يكون أبدًا مماثلاً لما فى يومنا فى هذه البيئة التى تواصل التغير.

على أنه مع قولنا ذلك، فإن منظمة "مبرص" قد اكتسبت خبرة لها قيمتها فى رحلتها للجودة بطريقة "**ستيب**". وقد توصلت هكذا لوضع ممتـاز لتواصـل منـه الحركة مقتربة بأكثر من إنجاز ما هو مثالى من توصيل الرعاية الـصحية التـى جعلتها هدفًا لها. توجد جوانب حاسمة لنجاحها حتى اليوم، وهى جوانـب سـوف تساهم فى نجاحها المتقدم باستمرار، وتتضمن هذه الجوانب الحاسمة :

١- التزام أعلى مستويات القيادة بتحسين الجودة.

٢- الاستثمارات التى تجرى لتدريب القادة على تكنيكات تحسين الجودة وتـدريب الإكلينيكيين على مهارات القيادة، ودعم تطبيقاتهم لهذه المهارات.

٣- أن يُخلق ويُحافظ على البنية التحتية اللازمة لأن تدعم بمقاييس كبيرة جمع البيانات العميقة، والتحليل، وتسجيل بيانات الأداء.

٤- تطبيق إطار "**ستيب**"، ليتم بوضوح توصيل الأهداف والأولويات خلال كل المنظمة، وكذلك أيضًا للإرشاد فيما يتعلق بإطار الإدارة التنظيمية.

٥- انتظام الصفوف بنيويًا انتظاما وثيقا فى خط متسق مع "شبكة أطباء توفير الصحة لتكساس".

٦- التيقظ للظروف المتغيرة فى بيئات الرعاية الصحية عن طريق المساهمة فى المنظمات القومية وتنفيذ الجديد من الإستراتيجيات، والتكتيكات والوسائل، عندما تشير هذه الظروف إلى وجود حاجة جديدة يلزم الإيفاء بها.

مما كان لازمًا لنجاح منظمة "مبرص" أن "مجلس الأمناء" وكذلك أيضا القواد الإداريون والإكلينيكيون، التزموا جميعًا بتحسين الجودة التزامًا لا هوادة فيه. تنظيم صفوف هذه القيادات الثلاثية فى خط متسق قد سهل كل التغيرات الأخرى التى تأسست في منظمة "مبرص" فى سعيها لتكون "أفضل مكان لمنح وتلقى رعاية صحية آمنة وذات جودة وتعاطف". أول خطوة اتخذت عن عمد فى رحلة منظمة "مبرص" للجودة بطريقة " **ستيب**" هى القرار عن حل الجودة الذى أجازه "مجلس الأمناء " فى ٢٠٠٠، والذى أرسى الاعتقاد بأن الحفاظ على الوضع الراهن فى توصيل الرعاية الصحية لم يعد بعد مقبولاً، وجهز هذا القرار المسرح لظهور التعبئة الإستراتيجية للموارد اللازمة لبناء بنية تحتية للجودة. هذا الالتزام المبكر بالجودة وضع منظمة "مبرص" فى مرتبة متقدمة على باقى مجموعة المنظمات عندما أصدر "المعهد الطبى " فى السنة التالية تقريره المستشرف للمستقبل، "عبور فجوة الجودة"،[1] على أن منظمة مبرص لم يكن لديها بعد البنية التحتية بالوضع اللازم للتوصل إلى رؤيتها السامقة. إرساء هذه البنية التحتية، وتدريب القيادة اللازمة على تطبيقها لتحسين الرعاية الصحية كانا شغل المنظمة الشاغل فى عقد السنين التالية.

إحدى الخطوات المهمة فى هذه العملية كانت بأن تم فى ٢٠٠٢ تدريب ٤٠ من قادة "مبرص" الإكلينيكيين وغير الإكلينيكيين فى "برنامج إنترماونتين للتدريب الراقى على الرعاية الصحية". دخل بهم برنت جيمس خبير الجودة إلى المفاهيم الأساسية للثقافة، والإجراءات، والأدوات لتحسين الرعاية الصحية. أخذ قواد "مبرص"، عن طريق هذا التدريب، فى فهم مبادئ الدورة السريعة للتحسين وتطبيقها فى الرعاية الصحية، وهكذا عادوا إلى دالاس بحماس جديد مشتعل للجودة وفهم أن تحسينها يتطلب سعيًا مطردًا تتزايد قوته ذاتيا إذ يكتسب زخمه. بالإضافة لذلك، فإن هؤلاء القواد لديهم فهم مشترك تحتاج له "مبرص" لبناء قدرتها على التحسين حتى تحقق رؤيتها.

إحدى الثمرات المباشرة الناجمة عن مساهمة قواد منظمة "مبرص" فى برنامج التدريب الراقى " هى إنشاء رؤية قيست على قدر "مبرص" لهذه الدورة السريعة للتدريب على التحسين التى تدرس محليًا، لتثقف موظفى "مبرص" بشأن مبادئ وتطبيقات تحسين الجودة. التدريب على هذا المقرر التعليمى كان يسمى أصلاً " أ ب ت بايلور" ولكنه الآن يقدم كجزء من "أكاديمية " **ستيب**"، وقد تخرج فيه ما يزيد عن ١٥٠٠ من قواد "مبرص" الإكلينيكيين وغير الإكلينيكيين منذ قُدم لأول مرة فى ٢٠٠٤. أحد الجوانب الضرورية فى هذه "الدوزة السريعة للتدريب على تحسين الجودة هو دورة "تعمن" (تخطيط – عمل – مراجعة – تنفيذ) التى أصبحت مغروسة فى ثقافة تحسين الجودة فى "مبرص". تعلمت "مبرص" بهذه الروح الفذة قيمة الريادة لمبادراتها لتحسين الجودة لتحدد ما إذا كانت تصلح للعمل– وبأى طريقة – قبل العمل على تنفيذها. يعتمد هذا النموذج بشدة على قدرة التنظيم على إجراء تقييم تحليلى من حيث أوضاع مهارة الموظفين، ووسائل البرمجة، وبيانات البنية التحتية كما تكون فى وضعها. "أكاديمية **ستيب**" تدمج أيضًا

مبادئ التفكير بأسلوب "**Lean**" للتخلص من الإهدار – وهذا يوفر أساسًا مشتركًا لتكامل نماذج المنظمات المتعاقبة الخاصة بكل منها، لتوصيل الرعاية والتى تبعت اندماج منظمة "مبرص" مع سكوت وهوايت.

استثمرت منظمة "مبرص" بأقصى حد فى إنشاء البنية التحتية التحليلية اللازمة لدعم جهودها للتحسين. الكثير من بيانات التطبيق الإجرائية تكون قدراتها على التسجيل لا تزال فى مرحلة بدائية، إلا أن "مبرص" قد وسعت من قدراتها التحليلية بأن وظفت أفرادًا لديهم مهارات راقية فى إدارة البيانات والمهارات التحليلية وقادرين على استخلاص البيانات اللازمة، وتحويلها، وتحميلها، ودمجها من مصادر متباينة من أجل التقييمات المعقدة ذات المقاييس المتعددة للرعاية بطريقة " **ستيب** ". هذا العمل الذى تؤديه "المجموعة التحليلية" "**لستيب**" يتطلب برمجة قوية لإدارة قاعدة البيانات، ووسائل عقلية ذكية "للبيزنس"، وبرامج إحصائية، على أنها تمكّن من إنشاء التقارير للقواد والإكلينيكيين فى "مبرص"، وهذه "تنتقل لأسفل" إلى مستوى الطبيب أو المريض لفحص أداء الإكلينيكيين أو خبرة المريض، وكذلك فإنها و "تجمع لأعلى" لتمكّن من إدارة السكان. تشتطى نظم معلومات البيانات الذى ينتشر كالوباء فى الرعاية الصحية داخل نطاق كل الولايات المتحدة، يجعل من الضرورى وجود مصدر مجهز تجهيزًا ملائمًا، مثل "تحليلات" **ستيب**، فهى ضرورية لمنظمة الرعاية الصحية التى تدرك الحاجة الحاسمة لتقييم أدائها وتأثيرات تدخلاتها لتحسين الجودة.

إحدى الوسائل الأخرى المهمة التى تقدمها هذه البنية التحتية التحليلية هى والاختبارات الإرشادية للمبادرات أنها تخلق الأدلة المحلية لفاعلية التدخل. عندما يثبت عمليًا المزايا الإيجابية (مثل توفير نفقات الوفيات والتكلفة كما وُصفت فى هذا الكتاب باستخدام بيانات الأوامر الطبية المعايَرة لإدخال الحالات بالنسبة لرعاية

الالتهاب الرئوى وهبوط القلب)، فإن القيادة الإكلينيكية تستطيع عندها أن تقدم هذه النتائج وتتحدى الإكلينيكيين أو الإداريين حتى يتخذوا هذه الوسيلة أو الممارسة باعتبارها "الشيء المناسب للأداء". تبين أن البيانات المحلية مفيدة بوجه خاص فى هذا السياق حيث إن من الواضح مباشرة أن لها علاقة بالوضع الخاص الذى يكون فيه الأفراد الذين يطلب منهم نجاح التغيير. أوضح القواد الإكلينيكيون "لمبرص" فى أحيان كثيرة أن، "الأطباء يُدربون أولاً وأساسًا كعلماء وهكذا فإنهم يتفهمون مفهوم اختبار الفرض، ويكون من الأرجح أنهم سوف يتقبلون النتائج بعد رؤية الأدلة ". غرست "مبرص" هذا التوقع المدفوع بالبيانات فى قوادها سواء الإكلينيكيين أو غير الإكلينيكيين، ودعمته بتدريب راق للخريجين من قواد الأطباء والممرضات من أجل أن يفهموا طريقة تفسير النتائج بهدف اتخاذ القرارات.

عند إلقاء نظرة تكون أوسع من القدرة على تقييم مبادرات تحسين الجودة فرديًا وخلق الأدلة المحلية للحفز على اتخاذها، نجد أن قدرة "مبرص" على جمع، وتحليل، وتسجيل بيانات الأداء الواسعة الامتداد المتعلقة بعمليات ونتائج رعاية المجموعات الخاصة من السكان لهى قدرة تمكّن من المقارنات الداخلية بين منشآت "مبرص" (الأمر الذى يمكن أن يحفز التحسين عن طريق المنافسة الودية) وتمكّن أيضًا من المقارنات الخارجية مع ما يقاس من البيانات القومية، والمناطقية، والمحلية. خصصت "مبرص" عن عمد مصادر لجمع البيانات داخل مستشفياتها وفى ممارسات أطباء "شبكة توفير الصحة لتكساس لتوفير تغذية مرتدة شفافة لمختلف المساهمين. بالإضافة إلى مزايا تحسين الجودة التى دعمتها التغذية المرتدة لهذا الأداء، فإن هذه الاستثمارات قد أوفت على نطاق أوسع بما هو مفيد بشأن تنامى احتياجات تسجيل الأداء العلنى، والتى ارتبطت فى زمن أحدث بالتعويضات. بدلاً من الاضطرار "للاندفاع بتعجل " للوفاء بهذه الاحتياجات الجديدة، فإن منظمة "مبرص" أصبح لديها البنية التحتية فى المكان المناسب للانتقال السلس إلى تزايد الاهتمام ببيانات الأداء فى النظام الأوسع للرعاية الصحية في الولايات المتحدة.

بالإضافة إلى تدريب قوادها على تكنيكات تحسين الجودة وتفسير البيانات، أدركت "مبرص" أهمية تدريب القواد الإكلينيكيين على المهارات الفعالة لخلق النجاح لرحلتها للجودة بطريقة " **ستيب** "، وتنمية عدد هؤلاء القواد في نطاق المنظمة كلها لضمان وجود سلف في المكان المناسب للحفاظ على زخم تحسين الجودة عند انتقال القواد الأقدم إلى مكان آخر أو تقاعدهم.(٢) نفذت "مبرص" استثمارات لها قدرها في تنمية قواد التمريض والأطباء للمساعدة على تحريك المنظمة في رحلتها للجودة. اتخذ هذا شكل برامج تقليدية، مثل تلك التي أنشئت بالتعاون مع "مدرسة كوكس للبيزنس في الجامعة الجنوبية المنهجية أو **Methodist** "(*)، كما اتخذ ميكانزمات أقل تقليدية في نطاق ثقافة تدعم متابعة بأقصى قوة للقواد في المستقبل بواسطة القواد الحاليين. نجد في فضاء قيادة الجودة أن "معهد أبحاث الرعاية الصحية" وبرنامج البحث الإكلينيكي للتحسين" قد أفادا في تعيين وتنمية قواد الأطباء. مع فائدة إضافية هي اختيار الأفراد الذين لديهم تدريب وخبرة راقيان في مناهج البحث التي تجيد التحول إلى تحسين للجودة تحفزه البيانات. مقاربات اتصالات التنمية هذه، التقليدية وغير التقليدية، فيها وسيلة توصيل لأن يُعد أمر استمرار الجودة أمرًا أساسيًا على مستوى الأفراد، وكذلك أيضًا على المستوى التنظيمي.

ثمة فكرة رئيسية تسري خلال كل العوامل التي تسهم في نجاح منظمة "مبرص" في رحلتها للجودة، وهي اتخاذ وتنفيذ إطار " **ستيب** "، في إرشاد كل المبادرات المتعهد بأدائها وإنشاء البنية التحتية اللازمة لذلك. يوفر هذا الإطار لغة مشتركة لتوصل للأفراد في كل منظمة "مبرص" الجوانب المحددة "للجودة" التي

(*) المذهب المنهجي أو الميثودية حركة بروتستانتية إنجليكية نشأت في أوكسفورد القرن الثامن عشر لإحياء كنيسة إنجلترا.(المترجم)

يلزم اعتبارها والإيفاء بها : الأمان، والتوقيت المناسب، والفعالية، والكفاءة، والعدالة، والتمحور على المريض. التعريف الواضح للجودة الذى يوفره هذا قد أصبح وكأنه ضرورة تتوطن فى ثقافة "مبرص" ويعمل كالعدسة التى يجب أن ينظر من خلالها لتوصيل الرعاية الصحية. إطار " **ستيب** " مقرونًا بالمبدأ الأساسى للجودة بتحسين الرعاية بواسطة معايَرة أفضل الممارسات المبنية على الأدلة، قد أرسى الأساس لجهود التحسين باتساع كل "مبرص".

طريقة " **ستيب** " قد أصبحت أيضًا المبدأ الإرشادى الذى يُنَظم بناء عليه إطار إدارة القواد الإكلينيكيين وغير الإكلينيكيين. تم تنفيذ ذلك بواسطة "مجلس حوكمة ستيب" (محس)، وهو يربط مناطق المشاركة، والمستشفيات، وخطوط الخدمة بهدف إقامة وتحديد أولويات الأهداف والأنشطة المتعلقة بها باتساع المنظومة. تنتظم اللجان الفرعية حول مجالات "**ستيب**" لتسهيل تنمية مبادرات محددة مبنية على ما يلزم من قيادة ومصادر، وتخضع لموافقة مجلس (محس). فى الوقت نفسه فإن مشاركة قواد خط الخدمات الإكلينيكية تدعم الجهود لجلب مقاربة باتساع المنظومة لتوصيل الرعاية عبر مستشفيات عديدة. دعم القيادة والمصادر حسب طول أبعاد " **ستيب**" يتم أيضًا تنفيذه لمعايرة توصيل الرعاية المبنية على الأدلة عبر خطوط خدمة كل مستشفى، مع التغذية المرتدة اللازمة لبيانات الأداء للعملية والنتائج.

الجانب البنيوى الثانى لمنظمة "مبرص" والضرورى لإنجازاتها فى الجودة هو الترتيب فى صف متسق بين نظام المستشفى والأطباء وهو ما تم إنشاؤه عن طريق تشكيل "شبكة توفير الصحة لتكساس" – وهى الكيان الذى يتم بواسطته توظيف الأطباء. اشتراك الأطباء أمر حاسم لنجاح معظم أنشطة تحسين الرعاية الصحية،[٣] والاندماج الوثيق بين منظمة "مبرص" و "شبكة توفير الصحة لتكساس"

يمكّن من مشاركة الأطباء وقيادة المستشفى فى مبادرات الجودة المبنية على المستشفى. ويوفر أيضًا منظورًا أوسع لمنظومة توصيل الرعاية الصحية لكل من منظمة "مبرص" و"شبكة توفير الصحة لتكساس"، وكذلك للفرص لتنظيم جهود تحسين الجودة فى صف متسق عبر أوضاع الرعاية فى داخل المستشفى والرعاية المتنقلة.

- هناك جانب أخير فى مقاربة منظمة "مبرص" لرحلة الجودة "**ستيب**"، وهو جانب حاسم فى كل من نجاحها فيما مضى، ثم نجاحها المستمر، هذا الجانب هو مقاربة الاستشراف القوية التى اتخذتها "مبرص"، بأن تكون "متنبهة" للظروف المتغيرة فى البيئة الحالية، وذلك عن طريق المساهمة فى أنشطة القيادة على المستوى القومى. هذه المقاربة لها أهميتها الخاصة فى البيئة الديناميية لإصلاح الرعاية الصحية. تتشارك منظمة "مبرص" مع منظمات مثل "اللجنة المشتركة"؛ و"المنتدى القومى للجودة" الذى يضع جدول الأعمال للقياسات التى تضعها "مراكز خدمات (الرعاية الطبية) و(المعونة الطبية)" موضع الاعتبار بالنسبة للتعويضات المتعلقة بالجودة؛ وكذلك "معهد القيادة" الذى يدعو القواد القوميين الإكلينيكيين وغير الإكلينيكيين للمشاركة فى أفضل الممارسات. تساعم منظمة "مبرص" أيضًا فى مجموعات مثل "تعاونيات الرعاية الصحية ذات القيمة الراقية"، وهذا يمكّن "مبرص" من المساهمة فى أفضل الممارسات مع المنظومات القيادية الأخرى للرعاية الصحية، وذلك بتجميع البيانات والمصادر معًا فى مستودع للفحص والإجابة عن أسئلة السياسة الحالية. عند اكتشاف تغيرات فى بيئة الرعاية الصحية تدل على الاحتياج لمقاربات جديدة للحفاظ على رحلة جودة "**ستيب**"، فإن منظمة "مبرص" عند ذلك تحدد وتنفذ ما يلزم من إستراتيجيات ووسائل. مثال ذلك عندما حدث أن "لائحة حماية المريض والرعاية القابلة لحمل تكاليفها" هى والحركة المسئولة للرعاية، حولت بؤرة الاهتمام بالرعاية الصحية للتأكيد على إضافة القيمة من وجهة نظر المريض، وعندها أخذت منظمة "مبرص" فى تطبيق طريقة تفكير

أسلوب "التخلص من الإهدار، Lean" للتحسين خلال كل منظمة "مبــرص". تؤكــد هذه المقاربة على كفاءة الرعاية وتوقيتها المناسب، وتمحورهــا علــى المــريض، وذلك باستخدام تكنيكات مثل رسم خريطة لتيار القيمة لتعيين الأنشطة التى لا تفيــد المرضى. تخفيض وقت توصيل الرعاية يمكن أن يخلق مزايا للمرضـــى وكــذلك أيضًا للأطباء. هذه المقاربة تعزز منظور "مبرص" التقليدى حسب خطوط معــايرة توصيل الرعاية المبنية على الأدلة، ودمج خبرة "مبرص" بتنفيذ رعاية " **ستيب**" مع خبرة سكوت وهوايت " لتطبيق التفكير بأسلوب التخلص من الإهدار، ومن المتوقع أن هذا سيؤدى إلى المزيد من مكاسب لها أهميتها فى الجودة عبر كــل مكونــات الكيان المشكل حديثًا بعد عملية الدمج. مع تحول التأكيــد علــى أهميــة الرعايــة الصحية إلى فهم القيمة التى تُخلق للمريض، عبر الخــط المتــصل للرعايــة،(٤،٥) يصبح السؤال المهم المتعلق بمنظمات الرعاية الصحية وموفريها هو: "مــاذا يــتم إنجازه من النتائج الصحية، وما هى الموارد التى يتم إنفاقها لإنجاز هذه النتــائج ؟" هذا السؤال يحول بؤرة الاهتمام بعيدًا عن حجم الخدمات التى يتم توصيلها، وهــى الجزء المحورى للمنظومة الحالية للخدمة بالأجر والتعويض. على أنــه ســتكون هناك مقاربة جديدة تكافئ الرعاة على أساس النتائج عبر فترة معينة مــن رعايــة المريض، بحيث إن الكفاءة والفعالية تصبح أهم كثيرًا لكل حــاملى الأســهم. هــذه المقاربة المتمحورة على المريض، والمبنية علــى القيمــة، مقرونــة بإســهامات المرضى من أجل عافيتهم الخاصة، تشكل الجيل التالى للصحة والرعاية الصحية، حيث يتم إدراك أن الأفراد يحتاجون لأن ينتجوا صحتهم الخاصة بهم بدلاً مــن أن "يستهلكوا "الرعاية الصحية.(٦)

قطعت منظمة "مبرص" خطوات واسعة مهمة فى رحلتها للجــودة بطريقــة "**ســتيب**"، وتستمر مقاربتها للجودة فى اكتساب القوة، حيث قد وصلت إلى مرحلــة "اتزان السرعة" للتوصل إلى ثبات القوة الدافعــة اللازمــة للتحــسين و "النجــاح

المخترق" للتحول من مكاسب الأداء "المتضايفة" إلى مكاسبه "الأسّية"[٢]. نظام توصيل الرعاية الصحية فى القرن الحادى والعشرين أصبح متزايدًا فى ديناميته وما به من عدم اليقين، إلا أن القدرة على التحسين التى أرستها منظمة "مبرص" عبر العقود الماضية من السنين تجعل توصيل الرعاية مرنًا فى مواجهة هذا الحال من عدم اليقين. جوهر جهود منظمة "مبرص" هو تركيز الاهتمام على التوصل للرعاية بطريقة "**ستيب**" وعلى البنية التحتية اللازمة لاتخاذ مقاربة لفعل ذلك تحفزها البيانات. الوسائل نفسها التى مكّنت "مبرص" من إدراك ومواجهة التحديات لتوفير جودة راقية للرعاية فى السنوات السابقة هى وسائل يمكن اتخاذها لتعيين التحديات والتصدى لما يبزغ منها فى قطاع الرعاية الصحية الذى تتزايد ديناميته. منظمة "مبرص" عندما طبقت هذه المقاربة لالتزامها الذى لا يهتز بأن "يوثق بها كأفضل مكان لإعطاء وتلقى رعاية صحية آمنة، وذات جودة وتعاطف"، فإن ذلك جعلها فى وضع ممتاز للنجاح المستمر بطول رحلتها للجودة بطريقة "**ستيب**"، ولأن تتعاون مع المنظمات الأخرى لتوصيل الرعاية الصحية التى لها إلهامات مماثلة "لمبرص".

المراجــع

1. Corrigan, J. M., M. S. Donaldson, L. T. Kohn, S. K. Maguire, and K. C. Pike. 2001. *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century.* Washington, DC: National Academy Press.
2. Collins, J. 2001. *Good to great.* New York: HarperCollins.
3. Berwick, D., A. Godfrey, and J. Roessner. 1990. *Curing health care.* San Francisco: Josey-Bass.
4. Porter, M. E. 2010. What is value in health care? *New England Journal of Medicine* 363 (26): 2477–2481.
5. Kaplan, R. S., and M. E. Porter. 2011. The big idea: How to solve the cost crisis in health care. *Harvard Business Review* 89 (9): 46–52, 54, 56–61.
6. Fuchs, V. R. 1975. *Who shall live? Health, economics, and social choice.* New York: Basic Books.

معجم إنجليزى عربى

A

- Aerobics

ألعاب الإيروبكس: تدريبات حسب نظام لزيادة اللياقة البدنية واتساق الجسم وتجرى بشكل تمارين سريعة متكررة ومجهدة.

- Algorithm:

خوارزم: حل معادلة حسابية بشكل تدريجى عن طريق عدد معين من الخطوات، مجموعة من التعليمات أو الخطوات تصمم لتوفر طريقة حل مشكلة أو للوصول لنتيجة (كمبيوتر).

- Apheresis:

فصل بعض مكونات دم المتطوع ثم إعادة الباقى إليه.

B

- Baylor Health Care System (BHCS):

منظومة بايلور للرعاية الصحية (مبرص).

C

- Critical care services:

خدمات الرعاية الحرجة.

- Cytokines:

سيتوكينات: جزيئات تحفز نمو خلايا الدم.

E

- Emergency services:

خدمات الطوارئ.

F

- Fiscal year (FS):

السنة المالية (س م).

G

- Gendre:

جنوسية: (الذكورة أو الأنوثة) .

- Governance: حوكمة .
I
- Injury: إصابة – جرح
L
- Lean system or programme, نظام أو برنامج التخلص من الإهدار.
M
- Morbidity: المراضة .
N
- Neutropenia, نقص عدد خلايا الدم البيضاء المتعادلة،
S
- Seminar: حلقة نقاش
- "STEEEP" (health care): طريقة "ستيب" للرعاية الصحية . مصطلح عن طريقة للرعاية الصحية، ويتكون من الحروف الأولى للكلمات الإنجليزية **Safe, Timely, Effective, Efficient, Equitatle, Patient- Centered** يلاحظ أن كلمة **Steep** الإنجليزية التى تعنى شديد الانحدار، فيها جناس ناقص مع مصطلح **STEEEP**، وقد استغل محرر الكتاب ذلك فى وصف الرعاية الصحية بطريقة "ستيب" على أنها مثل تسلق منحدر شديد.
- Stewardship: الإشراف على أداء مهام الإدارة والإمداد، الإشراف على مهام إدارة الخدمات والمؤن فى مؤسسة مثلاً أو سفينة.

- Seminar: **حلقة نقاش .**
- Symposium: ندوة .
O
- Order set: مجموعة بيانات الأوامر الطبية المعايَرة لدخول حالات للمستشفى مثل الالتهاب الرئوى وهبوط القلب.
P
- Patient – centered care: **رعاية مركزها المريض:** رعاية تتمركز على المريض – رعاية تتمحور على المريض.
- Peer review: **مراجعة الأنداد.**
- Plan-Do-check- Act: **نموذج دورة التخطيط – العمل – المراجعة – التنفيذ (تعمن)**
T
- Trauma: **رضخ** – رضة أو إصابة بالغة.
- Turnover: **تقلاب .**
W
- Workshop: **حلقة عمل** – ورشة.

معجم عربى إنجليزى (*)

(أ)	
- ألعاب الإيروبكس:	Aerobics
- الإشـــزاف علـــى أداء مهـــام الإدارة والإمداد، الإشراف علـــى مهـــام إدارة الخدمات والمؤن فى مؤسسة مـــثلاً أو سفينة:	Stewardship
- إصابة، جرح:	Injury
(ت)	
- تقلاب:	Turnover.
(ج)	
- جنوسية:	Gendre
(ح)	
- حلقة عمل (ورشة):	Workshop
- حلقة نقاش:	Seminar
- حوكمة:	Governance
(خ)	
- خوارزم:	Algorithm
- خدمات الرعاية الحرجة:	Critical care services
- خدمات الطوارئ:	Emergency services

(*) يقتصر هذا المعجم على ذكر الترجمة دون شرح تفصيلى حيث إن الشرح التفصيلى موجود فى المعجم الإنجليزى العربى. (المترجم)

	(ر)
Trauma	- رضخ:
STEEEP Health care	- **الرعاية بطريقة "ستيب":**
Patient centered care	- رعاية مركزها المريض، متمركزة أو متمحورة على المريض:
	(س)
Fiscal year (Fy)	- سنة مالية (س. م):
Cytokines	- سيتوكينات:
	(ف)
Apheresis	- فصل نوعى لمكونات الدم:
	(م)
Order Set	- مجموعة بيانات الأوامر الطبية لدخول الحالات للمستشفى:
Peer review	- مراجعة الأنداد:
Morbidity	- مراضبة،
(BHCS)	- منظمة بايلور للرعاية الصحية (مبرص):
	(ن)
Symposium	- ندوة:
Lean System	- نظام أو برنامج التخلص من الإهدار:
Neutropenia	- نقص خلايا الدم البيضاء المتعادلة:
Plan-Do-check- Act	- نموذج دورة التخطيط - العمل - المراجعة - التنفيذ (تعمن):

دافيد ج. بالارد، دكتوراه الطب، ماجستير الصحة العامة، دكتوراه الفلسفة، زميل كلية الأطباء الأمريكية،

وهو كبير نواب الرئيس وكبير موظفى الجودة لمنظمة بايلور للرعاية الصحية "مبرص" فى دالاس، بولاية تكساس؛ والمدير التنفيذى لمعهد "مبرص" لأبحاث وتحسين الرعاية الصحية، ورئيس ومؤسس معهد "مبرص" العالمى للرعاية بطريقة "**ستيب**"، أى الرعاية (الآمنة، وفى الوقت المناسب، وبفعالية، وبكفاءة، وبعدل، وأن يكون مركز الرعاية هو المريض) . دكتور بالارد هو المسئول عن قيادة جودة الرعاية الطبية عبر كل منظمة "مبرص" . تلقت منظمة "مبرص" تحت قيادته الكثير من الجوائز لتحسين جودة الرعاية الصحية، بما فى ذلك جائزة عام ٢٠١٠ للتفوق فى المجموعة الطبية، التى تمنحها جمعية المجموعة الطبية الأمريكية، وجائزة ٢٠٠٨ لجودة الرعاية الطبية القومية ويمنحها منتدى الجودة القومية، وجائزة ليبفروج للرعاية التى يكون مركزها هو المريض.

قبل انضمام د. بالارد لمنظمة "مبرص" فى ١٩٩٩ شغل مناصب أكاديمية تتزايد تقدما، فعمل كأستاذ مساعد ثم كأستاذ مشارك فى "مدرسة مايو الطبية"، وأستاذ مشارك مثبت فى "مدرسة طب جامعة فرجينيا"، وأستاذ للطب فى "مدرسة طب جامعة إيمورى"، وأستاذ للوبائيات فى "مدرسة رولنز للصحة العامة فى جامعة إيمورى". عمل د. بالارد أيضًا كالرئيس المؤسس "لقسم مايو لتقييم الخدمات الصحية"، والرئيس المؤسس

لمعهد كير ل. هوايد لأبحاث الخدمات الطبية (١٩٩١ – ١٩٩٩)، وكرئيس (من ٢٠٠١ – ٢٠٠٣) "للجمعية الدولية للجودة فى الرعاية الصحية، وترأس "وكالة أبحاث وجودة الرعاية الصحية، قسم دراسة جودة الرعاية الصحية وأبحاث فاعليتها (٢٠٠٦ – ٢٠١٠). وهو حاليًا يترأس "مراكز وكالة أبحاث وجودة الرعاية الصحية للتعليم والأبحاث فى لجنة توجيه شئون العلاج" (٢٠١٣ – ٢٠١٤).

يعمل د. بالارد فى العديد من لجان التحرير فى الدوريات الطبية المحكّمة بالنظراء، بما فى ذلك مجلة "أبحاث الخدمات الصحية، Health Services Research "، و" مجلة الأبحاث المقارنة للفعالية، Journal of Comparative Effectiveness Reseqrch، و"فعاليات مايو كلينيك Mayo Clinic Procecdings' " (ويعمل فيها كمحرر لقسم السياسة الصحية). نشر د. بالارد ما يزيد عن ٢٠٠ مقال وتلقى فى ١٩٩٥ جائزة "الباحث الجديد للأكاديمية الصحية" التى تمنح سنويا لباحث منحة برز فى الخدمات الصحية فى الولايات المتحدة، ويقل سنه عن الأربعين . تلقى أيضًا عن أبحاثه جائزة ٢٠١٢ لجون م. أيزنبرج التى تمنح لمقال السنة المهم من مجلة "أبحاث الخدمات الصحية". د. بالارد عضو فى "لجنة تأسيس مدرسة الصحة العامة" فى جامعة نورث كارولينا، وعضو سابق فى "لجنة أمناء جمعية مستشفيات تكساس".

د. بالارد حائز على "شهادة البورد فى الأمراض الباطنة"، وقد درس فى مدرسة مايو لخريجى الطب بعد إكماله لدراسة دكتوراه الطب، وماجستير الصحة العامة، ودكتوراه الفلسفة فى الوبائيات، وبكالوريوس الكيمياء، والاقتصاد من جامعة نورث كارولينا، حيث عمل كباحث لمنحة

مورهيد، وزميل فى نورث كارولينا، وفى سنة العمل كعضو جديث فى جمعية "فاى بيتا كابا"[*]. فى ٢٠٠٨ تلقى د، بالارد "جائزة الخدمة المتميزة" من مدرسة طب جامعة نورث كارولينا .

المحررون المساعدون

نيل س، فليمنج، دكتوراه الفلسفة، عضو الجمعية الأمريكية للجودة، وحائز على شهادة بالتصديق كمهندس جودة،

وهو نائب الرئيس وكبير موظفى التشغيل فى "معهد مبرص" العالمى للرعاية بطريقة " **ستيب** "، ويستغل هذا المعهد ما فى نظام الرعاية الصحية من أوجه النجاح فى إستراتيجيات وتكتيكات وأدوات تحسين جودة الرعاية الصحية من أجل أن يمكّن منظمات الرعاية الصحية الأخرى من تحسين الرعاية مع تخفيض التكلفة. عمل د. فليمنج سابقًا لسبع سنوات كنائب رئيس منظمة "مبرص" لأبحاث الرعاية الصحية، ليقيّم النتائج الإكلينيكية والمالية لمبادرات "مبرص" مع تركيز رئيسى على تكنولوجيا المعلومات الصحية، وهذا عمل اشترك فيه وثيقًا مع د.بالارد .

قبل انضمامه إلى "مبرص" كان د. فليمنج مستشارًا لما يزيد عن ٢٠ سنة للمنظمات المشاركة فى خدمات الرعاية الصحية والطاقة والماليات، وصناعات الاتصال عن بعد. شمل عمله مراجعة منظمات الصيانة الصحية، حسب الشروط الفيدرالية، مع اتباع القواعد من حيث وجهات النظر المالية (بما فيها الناحية الإكتوارية) والتسويقية، لمنظور "الإدارة المالية للرعاية الصحية" (واسمها الآن "مراكز خدمات الرعاية

(*) فاى بيتا كابا ، **Phi Pita Kappa**، أقدم جمعيات الكليات فى أمريكا واسمها هو أوائل حروف كلمات الشعار الإغريقى **"Philosophia Biou Kybernetes"** ، الفلسفة هى مرشد الحياة" . (المترجم)

الطبية" و"المساعدة الطبية")، وشمل عمل د. فليمنج خلق نظام تسجيل أكتوارى مؤسس على الاستحقاقات حتى يُستخدم فى "مبادرة الإصلاح فى "قسم وزارة الدفاع بالولايات المتحدة لبرنامج الخدمات المتسقة لصحة وطب المدنيين" . بدأ د. فليمنج سيرة عمله المهنية كأخصائي فى الإحصاء فى "مراكز التحكم فى المرض فى المركز القومى للإحصاءات الصحية"، وتبع ذلك عمله لسنتين كمستشار طبى مع "نظم البيانات الإلكترونية فى برنامج المساعدة الطبية فى تكساس"، وأجرى هناك دراسات عن المنفعة والتكاليف. د.فليمنج من كبار الأعضاء فى "الجمعية الأمريكية للجودة"، وعمل لعشرين سنة كمهندس جودة بشهادة مصدقة .

تلقى د. فليمنج شهادته لدكتوراه الفلسفة فى علم الاجتماع الطبى مع دراسات ثانوية فى الاقتصاد والإحصاءات الحيوية، وذلك من جامعة فاندربلت أثناء منحة زمالة من "المركز القومى لأبحاث الخدمات الصحية فى وزارة الولايات المتحدة للصحة والخدمات البشرية "، ونال شهادته لبكالوريوس الرياضيات من جامعة بوكنيل .

جويل ت. أليسون، ماجستير الإدارة الصحية، وزميل الكلية الأمريكية للتنفيذيين فى الرعاية الصحية، وهو رئيس وكبير الموظفين التنفيذيين فى منظمة "مبرص" . مسئولية السيد أليسون الرئيسية فى هذا المنصب هى قيادة المنظمة للتوصل إلى رؤيتها "حتى تنال الثقة كأفضل مكان يعطى ويتلقى رعاية صحية ذات جودة فيها أمان وتعاطف" . حتى يفعل السيد أليسون ذلك، استمر فى تنمية منظمة "مبرص" باعتبارها منظمة لتوصيل رعاية صحية مركزها هو المريض، ومشروع إكلينيكى يؤكد على الجودة، والرعاية الآمنة للمريض، والنتائج ومبادرات التحسين القابلة للقياس، وكذلك أيضًا استمرار التعليم الطبى وأبحاث الرعاية الصحية .

تشمل السيرة المهنية للسيد أليسون أكثر من ثلاثة عقود من السنين من الخبرة فى إدارة الرعاية الصحية . وقد انضم إلى منظمة "مبرص" فى ١٩٩٣ وشغل منصب كبير نواب الرئيس التنفيذيين وكبير موظفى التشغيل، وذلك قبل أن يرقّى كرئيس وكبير الموظفين التنفيذيين فى عام ٢٠٠٠ . السيد أليسون زميل فى الكلية الأمريكية للتنفيذيين فى الرعاية الصحية، ويعمل فى العديد من اللجان القومية بما فى ذلك "مجلس قيادة الرعاية الصحية "، و"لجنة المفوضين المشتركة للمندوبين"، واللجنة الدولية للشركاء المتحدين للجراحة" . وهو يعمل أيضًا فى العديد من الولايات، واللجان المحلية، بما فى ذلك " جمعية تكساس للمستشفيات التطوعية"، و"ائتلاف الرعاية الصحية فى تكساس"، و" مجلس مواطنى دالاس"، ومؤسسة دالاس التعليمية"، و"منتدى دنيسون للحقيقة والثقافة" . فى ٢٠١٢ اختير السيد أليسون كواحد من عشرين شخصًا فى القمة فى "الرعاية الصحية الحديثة"، وذلك بين "مائة من الأفراد" الأقوى تأثيرًا فى الرعاية الصحية".

نال السيد أليسون درجة ماجستير فى الإدارة الصحية من جامعة ترينتى (سان أنطونيو، ولاية تكساس) ودرجة بكالوريوس فى الصحافة والدين من جامعة بايلور . وهو أيضًا خريج "البرنامج الرفيع المستوى للإدارة " بمدرسة هارفارد لأشغال البيزنس، وتلقى فى ٢٠٠٤ درجة دكتوراه شرفية فى الإنسانيات من جامعة دالاس المعمدانية .

بول كونفرى، دكتوراه فى الطب، ماجستير فى الإدارة الطبية، وهو من كبار مستشارى "المعهد العالمى **لستيب** ". عمل د. كونفرى ككبير لنواب الرئيس وكبير للأطباء فى منظمة "مبرص" من عام ٢٠٠٦ حتى تقاعده فى يوليو ٢٠١٣. أثناء إدارته فى منظمة "مبرص"، تم منحها العديد من جوائز الجودة، بما فى ذلك جائزة ٢٠٠٨ لجودة الرعاية الصحية

القومية من منتدى الجودة القوميـــة"، وجـــائزة ليبفـــروج ٢٠٠٧ للرعايـــة التـــى يكون محورها هو المريض.

د. كونفرى لديه أكثر مـــن ٢٠ ســـنة مـــن الخبـــرة القياديـــة فـــى الإدارة الطبية والرعاية الصحية من خلال العديـــد مـــن منظمـــات الرعايـــة الـــصحية. قبل انضمامه لمنظمة "مبرص" عمـــل د. كـــونفرى كنائـــب الـــرئيس التنفيـــذى، وكبير الأطباء لمنظمة "الرعايـــة الـــصحية لأخـــوات ســـانت مـــارى (SSM)" فى سانت لويس، ميسورى من ١٩٩٩ حتـــى ٢٠٠٦ . تحـــت قيادتـــه أصـــبحت هذه المنظمة أول منظمة للرعايـــة الـــصحية تفـــوز بجـــائزة "مـــالكولم بالـــدريج المميزة للجودة القوميـــة للمعهـــد القـــومى للمعـــايير والتكنولوجيـــا" . عمـــل د. كونفرى أيضًا كرئيس للمجموعـــة الطبيـــة للـــسانت لـــويس والـــرئيس والمـــدير الطبى للمركز الطبـــى فـــى ساوثوســـت، وكلاهمـــا يـــضم مجموعـــات كبيـــرة متعددة التخصصات فى ســـانت لـــويس . وقـــد رأس مجلـــس الإمـــداد وشـــبكة القيادة للمنتدى القومى للجـــودة وعمـــل فـــى لجـــان العديـــد مـــن المستـــشفيات، والمنظومات الصحية والمنظومـــات التـــى لا تهـــدف للـــربح، بمـــا فـــى ذلـــك "معهد الجودة والقيمة الإكلينيكيـــة" و "لجنـــة مؤســـسة التعلـــيم والأبحـــاث فـــى مجلس مستشفى دالاس – فورت وورث". أثنـــاء عملـــه فـــى منظمـــة "مبـــرص" أنشأ المقـــرر التعليمـــى للبـــرامج رفيعـــة المـــستوى لقيـــادة الأطبـــاء لمنظمـــة "مبرص" والتى تقدّم بالتعاون مع "مدرســـة كـــوكس لأشـــغال البيـــزنس لجامعـــة سوذرن الميثودية"(*). د.كونفرى قد ظهر أيضًا فـــى مـــرات عديـــدة فـــى قائمـــة "الرعاية الصحية الحديثة" كواحد من الخمـــسين مـــن الأفـــراد "الأقـــوى تـــأثيرًا بين الأطباء التنفيذيين".

(*) الميثودية **Methodist** مذهب دينى إصلاحى فى البروتستانتية ، تأسس فى إنجلترا فى القرن الثامن عشر. (المترجم)

د. كونفرى نال شهادة بورد Board فى الأمراض الباطنية، وقد مارس الطب الباطنى لما يزيد عن ٢٠ سنة. وهو خريج كلية طب جامعة إلينوى، ونال شهادته للماجستير فى الإدارة الطبية من جامعة تولان، ونال شهادته للبكالوريوس من جامعة سانت لويس.

روزمارى لوكوير، شهادة ممرضة مسجلة، شهادة دكتوراه الفلسفة، شهادة البورد كممرضة تنفيذية رفيعة المستوى، وزميلة الأكاديمية الأمريكية للتمريض،

وهى كبيرة نائبى الرئيس ورئيسة موظفى التمريض لمنظمة "مبرص" انضمت د. لوكوير إلى "مبرص" كإحدى كبراء نائبى الرئيس والرئيسة المشاركة لموظفى التمريض فى ٢٠٠٧، وهى أول ممرضة تعمل فى مجال هذه المنظمة. د. لوكوير مسئولة عن الإشراف على قضايا إستراتيجية وأيضًا عملياتية تؤثر فى ممارسة التمريض ورعاية المريض عبر ١٦ منشأة .

د. لوكوير وصلت إلى منظمة "مبرص" آتية من "المنظومة الصحية الأسقفية لسانت لوك" فى هوستون، وكانت تعمل فيها كإحدى كبار نواب الرئيس، وكبيرة موظفى التمريض، وكبيرة موظفى الجودة، وكانت مسئولة عن الإشراف على برنامج نظام الرعاية الصحية من حيث ممارسة التمريض مهنيًا وتحسين الجودة . أثناء عملها لعشرين سنة فى منظمة سانت لوك اكتسبت د. لوكوير سمعة طيبة للممارسة المؤسسة على الأبحاث، وإجراء أدنى حد من التغيرات فى الهيئة العاملة، والتزامها الذى لا يفتر بالجدوى الاقتصادية فى العمليات ورعاية المريض. تشغل د. لوكوير مناصب مشتركة فى الكليات، فى مدرسة تمريض لويز هرنجتون فى جامعة بايلور، وجامعة تكساس للنساء، وجامعة تكساس . د.لوكوير زميلة بالأكاديمية الأمريكية للتمريض، وتعمل كنائبة رئيس للجنة المديرين" لمركز اعتماد الممرضات الأمريكيات"، وتعمل كعضو فى لجان مستشفيات عديدة . وهى عضو فى الجمعية الأمريكية للممرضات، والجمعية الأمريكية لممرضات الحالات

الحرجة، والأقسام القومية والمحلية للكلية الأمريكية للتنفيذيين فى الرعاية الصحية. عملت د. لوكوير كمفوض فى مجلس "ماجنت" من ٢٠٠٢ إلى نهاية ٢٠١٠، وساعدت فى تنفيذ معايير يتم بها تقييم التمريض دوليًا.

حصلت د. لوكوير على شهادتها فى دكتوراه الفلسفة للتمريض من جامعة تكساس للنساء، وماجستير التمريض من "المركز العلمى للصحة بجامعة تكساس فى هوستون"، ونالت بكالوريوس التمريض من جامعة إيمورى.

المساهمون

روبرت و. بيرد، دكتوراه الطب — **Robert W. Baird**
المدير الطبى لخدمات الرعاية الحرجة منظمة بايلور للرعاية الصحية " و " المدير المتشارك لخدمات الرعاية الحرجة، المركز الطبى لجامعة بايلور، دالاس، تكساس

تشارلز إ. بل دكتوراه الطب، شهادة الماجستير — **Charles E. Bell**
الرئيس لمعهد صحى وعافية مرض السكرى مركز جونيتا ج. كرافت للاستجمام، دالاس، تكساس

جارى بروك، ماجستير الصحة العامة — **Gary Brock**
نائب الرئيس التنفيذى وكبير موظفى العمليات.
منظمة بايلور للرعاية الصحية
دالاس، تكساس

دافيد ل. براون، دكتوراه الطب، زميل — **David L. Brown**
الكلية الأمريكية لأمراض الجهاز الدورى. زميل الكلية الأمريكية للأطباء، الرئيس وكبير الهيئة العاملة الطبية، مدير التدخل فى أمراض القلب، المدير المشارك لأبحاث أمراض الجهاز الدورى (القلب

والأوعية الدموية) والبرنامج البنيوى للقلب، مستشفى القلب لبايلور فى بلانو، بلانو، تكساس

Jan Compton	**جان كومبتون**، شهادة تمريض مسجلة، بكالوريوس علوم التمريض، شهادة الماجستير، الشهادة المهنية فى الرعاية والجودة الصحية نائب الرئيس لأمان المريض، وكبير موظفى أمان المريض، منظمة بايلور للرعاية الصحية، دالاس، تكساس
William B. Cooksey	**ويليام ب. كوكسى**، شهادة تمريض مسجلة ماجستير إدارة أعمال المدير المشارك لتحسين الجودة، خط خدمة الجهاز الدورى، منظمة بايلور للرعاية الصحية دالاس، تكساس
Carl E. Couch	**كارل إ. كوتش**، دكتوراه الطب، ماجستير الإدارة الطبية تحالف بايلور للجودة، دالاس، تكساس
Marsha C. Cox	**مارشا سى. كوكس**، دكتوراه الفلسفة، شهادة تمريض مسجلة مديرة تحسين الجودة الصحية، منظمة بايلور للرعاية الصحية، دالاس، تكساس
Ed de Vol,	إد دى فول، دكتوراه الفلسفة، ماجستير إدارة أعمال، نائب رئيس علوم التقدير الكمى، منظمة بايلور للرعاية الصحية، دالاس، تكساس
J. Paul Dieckert	**ج. بول ديكرت**، دكتوراه الطب، ماجستير إدارة أعمال، رئيس موظفى الجودة، منظمة سكوت وهوايت للرعاية الصحية، تمبل، تكساس

Ernest W. Franklin — **إرنست و. فرانكلين**
شهادة المستوى الرفيع فى المهارات والمعارف
دكتوراه الطب، ماجستير إدارة الأعمال
نائب الرئيس للخدمات الجراحية والداعمة، منظمة بايلور للرعاية الصحية، دالاس، تكساس

Clifford T. Fullerton — **كليفورد ت. فولرتون**
دكتوراه الطب، شهادة الماجستير، رئيس الموظفين الطبيين، اتحاد بايلور للجودة، " و"
نائب رئيس إعادة تصميم للرعاية والأمراض المزمنة، منظمة بايلور للرعاية الصحية، دالاس، تكساس

Jerri J. Garison — **جيرى ج. جاريسون**، بكالوريوس علوم
التمريض، شهادة الاتحاد الصحى للولايات مونتين
زميل الكلية الأمريكية للتنفيذيين فى الرعاية الصحية، رئيس المنطقة الشرقية، منظمة بايلور للرعاية الصحية، دالاس، تكساس، " و "رئيس مركز بايلور الطبى للمنطقة، بلانو، تكساس

Robert T. Green — **روبرت ت. جرين**، زميل الكلية الأمريكية
للتنفيذيين فى الرعاية الصحية، ماجستير
إدارة الأعمال، شهادة محاسب عام سابقًا كبير نائبى الرئيس، الخدمات الإستراتيجية والمالية
منظمة بايلور للرعاية الصحية، دالاس، تكساس
" و "نائب الرئيس التنفيذى وكبير التنفيذيين، منظمة سنتيجرا للصحة، ماك هنرى، إلينوى

Margaret Henry — **مرجريت هنرى**
شهادة إدارة روابط المجتمع

نائب الرئيس المشارك، تحسين الأنظمــة، منظمــة سكوت وهوايت للرعاية الصحية، تمبل، تكساس

Keith Holtz

كيث هولتز، شهادة محاسب عام شهادة المهنيين فـــى التعويضات، كبير نائبى الرئيس وكبير موظفى الموارد البشرية، منظمة بايلور للرعاية الصحية دالاس، تكساس

Alan Jones

ألان جونز، دكتوراه الطب

مدير البرامج، زمالة جراحة رضخ العظام، المركــز الطبى لجامعة بايلور، دالاس، تكساس

Janeene L. Jones

جانين ل. جونز، شهادة تمريض

مسجلة، ماجستير الإدارة الصحية

زمالة الكلية الأمريكية للتنفيذيين فى الرعاية الصحية، كبير موظفى التشغيل، مستشفى سرطان بـــايلور ت. بون بيكنز/مركز، سرطان تشارلز أ. ســـامونز فـــى دالاس، " و " نائب رئيس قسم الأورام منظمة بايلور للرعاية الصحية، دالاس، تكساس

Donald Kennerly

دونالد كينرلى، دكتوراه الطب. دكتوراه الفلسفة

نائب الرئيس وكبير موظفى الجودة المشارك

منظمة بايلور للرعاية الصحية

دالاس، تكساس

Bradley M. Leonard

برادلى م. ليونارد، دكتوراه الطب،

ماجستير إدارة الأعمال، زميـــل الكليـــة الأمريكيـــة للقلب، كبير المـــوظفين الأطبـــاء، معهـــد "ســـتيب" العـــالمى، منظمـــة بـــايلور للرعايـــة الـــصحية، دالاس، تكساس

جاى د. مابرى، دكتوراه الطب، ماجستير إدارة الأعمال، رئيس قسم العظام، المركز الطبى لجامعة بايلور، دالاس، تكساس — **Jay D. Mabrey**

مايكل ج. ماك، دكتوراه الطب زميل الكلية الأمريكية للقلب، رئيس مجلس حوكمة الجهاز الدورى، منظمة بايلور للرعاية الصحية، دالاس، تكساس — **Michael J. Mack**

أندرو ماسيكا، دكتوراه الطب، ماجستير علوم خاصة، نائب الرئيس للابتكار الإكلينيكى، منظمة بايلور للرعاية الصحية، دالاس، تكساس — **Andrew Masica**

أيان ماكارثى، دكتوراه الفلسفة مدير اقتصاديات الصحة، منظمة بايلور للرعاية الصحية، دالاس، تكساس — **Ian McCarthy**

جون ب. ماكهورتر III، دكتوراه العلوم كبير نائبى الرئيس، مظمة بايلور للرعاية الصحية " و "رئيس، المركز الطبى لجامعة بايلور، دالاس، تكساس — **Hohn B. McWhorter**

ألان م. ميلر، دكتوراه الطب، دكتوراه الفلسفة مدير طبى مركز السرطان لبايلور تشارلز أ. سامونز فى دالاس " و "رئيس قسم الأورام منظمة بايلور للرعاية الصحية، دالاس، تكساس — **Alan M. Miller**

دافيد نايسواندر، شهادة الماجستير مدير تحاليل "ستيب"، منظمة بايلور للرعاية الصحية، دالاس، تكساس — **David Nicewander**

تيرى ديكاسترهاوس نوس، شهادة ماجستير — **Terri Dyksterhouse Nuss**

ماجستير إدارة الأعمال، نائب رئيس مركزية المريض، منظمة بايلور للرعاية الصحية، دالاس، تكساس

فابيان إ. بولو، دكتوراه الفلسفة، ماجستير إدارة الأعمال، كبير موظفى التشغيل، معهد بايلور للتأهيل،" و" مدير خط خدمة العظام، المركز الطبى لجامعة بايلور، دالاس، تكساس — **Fabian E. Polo**

كريستين ك. باول، ماجستير علوم التمريض، شهادة ممرضة مسجلة، شهادة ممرضة طوارئ، شهادة البورد كممرضة تنفيذية رفيعة المستوى، مدير خدمات الطوارئ، منظمة بايلور للرعاية الصحية، دالاس، تكساس — **Kristine K. Powell**

ويليام ل. روبرتس، ماجستير الإدارة الصحية، شهادة محاسب عام كبير نائبى الرئيس وكبير موظفى، منظمة بايلور للرعاية الصحية، دالاس، تكساس — **William L. Roberts**

ج. جيمس روهاك، دكتوراه الطب زميل الكلية الأمريكية للقلب، زميل الكلية الأمريكية للأطباء مدير مركز سكوت وهوايت لسياسة الرعاية الصحية المدير الطبى لتحسين النظام، الخطة الصحية لسكوت وهوايت كبير نواب الرئيس منظمة سكوت وهوايت للصحة، تمبل، تكساس — **J. James Rohak**

مايكل د. سانبورن، شهادة الماجستير، — **Michael D. Sanborn**

شهادة صيدلى مسجل، زميل الجمعية الأمريكية للنظام الصحى، زميل الكلية الأمريكية للتنفيذيين فى الرعاية الصحية، رئيس مركز بايلور الطبى فى كارولتون، كارولتون، تكساس

Fred Savelsbergh

فريد سافلسبرج

كبير نواب الرئيس وكبير الموظفين الماليين

منظمة بايلور للرعاية الصحية، دالاس، تكساس

Christopher Shutts

كريستوفر شوتس، ماجستير إدارة الأعمال

شهادة الحزام الأسود فى العلامات الست

مدير أكاديمية "ستيب"، منظمة بايلور للرعاية الصحية، دالاس، تكساس

Marvin J. Stone

مارفين ج. ستون دكتوراه الطب،

ماجستير الكلية الأمريكية للأطباء، مدير، التعليم الطبى للأورام، مدير طبى مشارك، مركز سرطان بايلور، تشارلز أ سامونز فى دالاس

دالاس، تكساس

Marisa Valdes

ماريسا فالدس، شهادة ممرضة مسجلة،

ماجستير علم التمريض، الشهادة المهنية، فى الرعاية والجودة الصحية، مدير الأداء والقياس وتسجيل التقارير، منظمة بايلور للرعاية الصحية

دالاس، تكساس

Mark Valentine

مارك فالنتين، ماجستير إدارة الأعمال

رئيس مستشفى قلب بايلور فى بلانو، بلانو، تكساس

نانسى فيش، دكتوراه الفلسفة شهادة ممرضة مسجلة، شهادة البورد كممرضة تنفيذية رفيعة المستوى، زميل الكلية الأمريكية للتنفيذيين فى الرعاية الصحية، رئيس وكبير موظفى التمريض، مستشفى بايلور للقلب والأوعية الدموية
دالاس، تكساس

Nancy Vish

كفين ر. هويلان، دكتوراه الطب
زميل الكلية الأمريكية للقلب، زمالة جمعية إيقاع نبض القلب، رئيس هيئة العاملين، مستشفى بايلور، للقلب والأوعية الدموية، " و " رئيس قسم القلب، المركز الطبى لجامعة بايلور، " و" المدير الطبى المشارك لقسم القلب، منظمة بايلور للرعاية الصحية، دالاس، تكساس

Kevin R. Wheelan

ف. دافيد وينتر، دكتوراه الطب، شهادة الماجستير، ماجستير الكلية الأمريكية للأطباء رئيس، وكبير الموظفين الإكلينيكيين الشبكة الصحية فى تكساس للإمداد، دالاس، تكساس

F. David Winter

نستور ر. زيناروزا، دكتوراه الطب
زميل الكلية الأمريكية لأمراض الطوارئ، المدير الطبى لخدمات الطوارئ، منظمة بايلور للرعاية الصحية " و" نائب الرئيس التنفيذى، قسم بايلور/ج. ب. س، شركة إيمكير، دالاس، تكساس

Nestor R. Zenarosa

المترجم فى سطور:

مصطفى إبراهيم فهمى

- دكتوراه فى الكيمياء الإكلينيكية، جامعة لندن ١٩٦٩.

- عضو لجنتى الثقافة العلمية، والثقافة الطبية بالمجلس الأعلى للثقافة.

- عضو اللجنة العلمية بالمركز القومى للترجمة .

- ترجم ما يزيد عن خمسين كتابًا من كتب الثقافة العلمية .

التصحيح اللغوى: سيد شكرى

الإشراف الفنى: حسن كامل

يصف هذا الكتاب الاستراتيجيات والتكتيكات العملية التى استخدمتها منظمة بايلور للرعاية الصحية "مبرص" للتشغيل العملياتى لتوصيل الرعاية الصحية بطريقة (ستيب) أى بأمان، وفى الوقت المناسب، وبفاعلية، وبكفاءة، وبعدالة، بحيث يكون مركزها هو المريض. التزمت منظومة (مبرص) بتوصيل رعاية صحية بجودة مرتفعة منذ تأسست المنظمة فى 1903 باعتبارها "المصحة التذكارية المعمدانية" فى تكساس.



تصميم الغلاف : جاسر ممدوح